UECN

EN QUESTIONS ISOLEES

les cahiers d'entraînement pour l'iECN

Toutes les "questions isolées" tombables à l'ECN

VG Editions

Hépatologie Gastro-Entérologie

QCM ET QROC

527 QCM
558 QROC
29 FICHES DE SYNTHESE

Marjorie CANU

- **Un entrainement intensif de chaque item faisant l'objet d'un chapitre pour chacun d'entre eux**
- **Des questions couvrant l'ensemble de la spécialité**
- Une **grille de cotation** accompagnée de **commentaires** permettant d'adopter la **méthode de réflexion des meilleurs de l'ECN** et d'acquérir leurs **astuces**
- Un contenu **conforme aux nouvelles modalités d'examen et au nouveau programme** organisé en Unités d'Enseignement
- Un **coaching personnalisé** pour vous aider à **mieux identifier les zéros, mots-clés et réflexes**
- Des **fiches de synthèse** afin de mieux cibler les éléments QCM à cocher et les mots-clés des QROC



Repère

Sommaire des questions isolées par item

UE questions isolées — Item 163

1 Enoncé

QCM 1 — **Quels sont les virus potentiellement responables d'une hépatite aigue ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Virus de l'hépatite A
B - Virus de l'hépatite C
C - Herpes simplex virus
D - Virus de la grippe
E - EBV

QCM 2 — **Quels signes et symptômes peuvent faire évoquer une hépatite aigue ?** *(Jusqu'à 4 réponses)*

A - Ictère
B - Signe de Murphy
C - Arthralgies
D - Défense en hypochondre droit
E - Asthénie

QCM 3 — **A propos du virus de l'hépatite A (Jusqu'à 6 réponses)**

A - C'est un virus à ADN
B - C'est un virus à ARN
C - Sa transmission se fait par voie oro-fécale
D - Sa transmission se fait par voie sanguine
E - Sa transmission se fait par voie sexuelle
F - Une tranmission mère enfant par voie verticale est possible
G - Le vaccin est recommandé dans la population générale
H - Une hépatite A chronique survient dans 10% des cas

QCM 4 — **Quel traitement débutez vous en cas d'hépatite virale aigue ?** *(Jusqu'à 5 réponses)*

A - Un antiviral : ribavirine
B - Un anti-émétique de type métoclopramide
C - Du paracétamol à visée antalgique
Des injections intra-musculaire d'IFN
Un traitement symptomatique

QCM 5 — **Cochez les signes de gravité d'une hépatite aigue (Jusqu'à 5 réponses)**

A - TP < 70%
B - TP < 50 %
C - Astérixis
D - ASAT > 10N
E - Créatininémie > 100 µmol/L
F - Vomissements

QCM 6 — **Interpréter ce profil sérologique : IgM anti-VHA - , IgG anti VHA + (Jusqu'à 4 réponses)**

A - Infection aigue par le virus de l'hépatite A
B - Infection chronique par le virus de l'hépatite A
C - Infection aigue ancienne par le virus de l'hépatite A
D - Vaccination pour le virus de l'hépatite A
E - Aucune de ces propositions

QCM 7	**Concernant le virus de l'hépatite B (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	C'est un virus à ARN
B -	La transmission se fait par péril fécal
C -	C'est une infection sexuellement transmissible
D -	La transmission verticale pendant l'accouchement est possible
E -	Il y a un risque de transmission par partage d'objets de toilette
F -	L'hépatite aigue est asymptomatique dans 50 à 70% des cas
G -	Il y a 90% d'évolution vers une forme chronique
QCM 8	**A propos de ce profil sérologique : AgHbS + (Ag HbS + il y a 6 mois) ; ASAT et ALAT normales ; Ag HbE - ; Ac HbE + ; ADN VHB 100 UI/mL (Jusqu'à 3 réponses)**
A -	C'est une infection chronique par le virus de l'hépatite B
B -	C'est un portage chronique inactif
C -	Le risque de développement d'une cirrhose est élevé
D -	Le risque de développer un carcinome hépato-cellulaire est élevé
E -	C'est une indication à un traitement antiviral
F -	C'est une indication de suivi clinique et biologique rapproché
QCM 9	**A propos de ce profil sérologique : Ag HbS - ; IgG anti HbC + ; IgG anti HbS + (Jusqu'à 3 réponses)**
A -	Le patient est vacciné contre l'hépatite B
B -	Le patient a eu une hépatite B guérie
C -	Le patient à une hépatite B chronique
D -	Le patient a un portage inactif chronique du VHB
E -	Le patient a une hépatite C chronique
F -	Le patient a une hépatite C aigue
QCM 10	**Concernant le traitement d'une hépatite chronique au VHB (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	L'objectif est une réponse virologique prolongée
B -	L'objectif est d'obtenir une réponse virologique soutenue
C -	C'est une affection de longue durée permettant la prise en charge à 100 %
D -	Pour la décision thérapeutique, une ponction biopsie hépatique est obligatoire
E -	Le traitement par interféron peut entraîner un syndrome pseudo-grippal
F -	Le traitement par antiviraux est à risque de résistances
QCM 11	**A propos de la prévention de l'hépatite B (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Elle repose sur la prévention des IST : préservatifs, d'utilisation de seringues à usage unique en cas de toxicomanie IV
B -	Un vaccin est recommandé dans la population générale
C -	Le dépistage de l'hépatite B est obligatoire pendant la grossesse
D -	Un nouveau-né de mère porteuse du VHB recevra à la naissance une immunisation passive et active
E -	Le VHB contre-indique l'allaitement maternel
F -	La vaccination contre le VHB est recommandée en cas de cirrhose alcoolique.
QCM 12	**A propos du virus VHC (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	C'est un virus à ARN
B -	La transmission se fait par le partage d'aiguilles et seringues souillées
C -	Il est la cause de 70% des hépatites chroniques
D -	L'hépatite C aigue est le plus souvent très symptomatique
E -	Un vaccin est recommandé dans la population générale
F -	La transmission par voie sexuelle est la plus fréquente
G -	Le passage à la chronicité se fait dans plus de 90% des cas
QCM 13	**A propos de ce profil sérologique : ARN VHC- ; IgG VHC + ; IgM VHC- (Jusqu'à 2 réponses)**
A -	Le patient a une hépatite C aigue
B -	Le patient a une hépatite C chronique
C -	Le patient a guéri d'une hépatite C aigue
D -	Le patient a guéri d'une hépatite C chronique
E -	Le patient est vacciné contre le VHC

QCM 14	A propos du traitement de l'hépatite C (Jusqu'à 4 réponses)
A -	Il diffère en fonction du génotype du VHC
B -	Un ponction-biopsie hépatique est indispensable pour la décision thérapeutique
C -	Le traitement repose sur la combinaison d'interféron PEG, de ribavirine et parfois d'un inhibiteur de protéase
D -	L'objectif est d'obtenir une réponse virologique prolongée
E -	La vaccination contre le VHB est recommandée
F -	La ribavirine est contre-indiquée pendant la grossesse.

QCM 15	A propos du virus de l'hépatite D : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	C'est un virus à ADN
B -	C'est un virus défectif nécessitant une infection préalable ou concomittante par le VHB
C -	L'infection par le VHD est a rechercher systématiquement chez les patients porteurs du VHB
D -	La prévention passe par la vaccination contre le VHB
E -	Le diagnostic repose sur la détection de l'ARN VHD par PCR

QCM 16	A propos de l'hépatite E (Jusqu'à 6 réponses)
A -	C'est un virus à ARN
B -	La transmission se fait par voie sexuelle
C -	La transmission se fait par voie sanguine
D -	La transmission est liée au péril fécal
E -	Le plus souvent, il n'y a pas de passage à la chronicité
F -	Le diagnostic se fait par PCR dans les selles
G -	Le diagnostic se fait par PCR sanguine

QCM 17	Pour le diagnostic sérologique d'une hépatite virale (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Pour le VHA, il repose sur la PCR dans les selles à la recherche du VHA
B -	Pour le VHB, il repose sur la détection de l'Ag HbS
C -	Pour le VHC, il repose sur la détection d'Ac anti VHC
D -	Pour le VHD, il repose sur la détection de l'Ac anti- VHD
E -	Pour le VHE, il repose sur la PCR sanguine ou dans les selles

QCM 18	Parmi ces propositions, lesquelles sont compatibles avec une augmentation des transaminanses > 10N (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Hépatite virale aigue
B -	Angiocholite aigue
C -	Consommation chronique d'alcool
D -	Cholecystite aigue
E -	Intoxication aigue au paracétamol
F -	Foie de choc
G -	Hémochromatose
H -	Déficit en alpha 1 anti-trypsine

QCM 19	Quels signes peuvent être retrouvés dans l'hépatite alcoolique aigue, (Jusqu'à 10 réponses)
A -	Un ictère
B -	Un fébricule
C -	Une ascite
D -	Un érythème noueux
E -	Une atrophie musculaire proximale
F -	Un hippocratisme digital
G -	Une splénomégalie
H -	Des angiomes stellaires
I -	Une érythrose palmaire
J -	Des ongles blancs

QCM 20	Parmi ces propositions, lesquelles permettent de calculer le score de Maddrey ? (Jusqu'à 2 réponses)
A -	La bilirubine conjuguée
B -	La bilirubine libre
C -	La bilirubine totale
D -	La créatininémie
E -	Le TP
F -	Le TCA

QROC 1	Citez 3 virus responsables d'hépatite aigüe, en dehors des virus des hépatites. Texte libre (3 mots)
QROC 2	Quels virus des hépatites sont à transmission féco-orale ? Texte libre (2 mots)
QROC 3	Quels sont les 2 principaux signes de gravité à rechercher en cas d'hépatite aigue ? Texte libre (2 mots)
QROC 4	Quel dosage biologique permet de diagnostiquer une hépatite aigue à VHA ? Texte libre (1 mot)
QROC 5	Citez 3 catégories professionnelles pour lesquelles le vaccin vivant atténué contre le VHA est obligatoire Texte libre (3 mots)
QROC 6	Citer les modes de transmission de l'hépatite B. Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 7	Quelle est la définition biologique d'une infection chronique par le VHB ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 8	Citez les 3 phases caractérisant l'hépatite B chronique. Texte libre (3 mots)
QROC 9	Quels sont les 2 paramètres majeurs dans la décision thérapeutique pour l'hépatite B ? Texte libre (2 mots)
QROC 10	En cas de cirrhose, quels sont les 2 examens à réaliser tous les 6 mois ? Texte libre (2 mots)
QROC 11	Quels sont les modes de transmission de l'hépatite C ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 12	Par quelles méthodes non invasives peut-on mesurer l'atteinte hépatique liée au VHC ? Texte libre (2 mots)
QROC 13	Quels sont les 2 principaux risques évolutifs à long terme liés à une hépatite virale chronique ? Texte libre (2 mots)
QROC 14	Citez 2 effets indésirables fréquents liés à l'interféron. Texte libre (2 mots)
QROC 15	Citez les 2 principaux effets indésirables du traitement par ribavirine. Texte libre (2 mots)
QROC 16	Citer les moyens de prévention contre le VHD. Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 17	Citer les 3 principales causes de cholestase extra-hépatique. Texte libre (3 mots)
QROC 18	Quels sont les signes biologiques associés à une cholestase ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 19	Quelle est la cause la plus probable de cytolyse < 10 N chez une femme jeune sans antécédent et ayant à la biologie : Une hypergammaglobulinémie, des Ac LKM1+ et une hypoalbuminémie ? Texte libre (1 mot)
QROC 20	Donner les lésions anatomopathologiques de l'hépatite alcoolique aigue. Texte libre (3 mots)

2 Corrigé

		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABCE** Tous les virus des hépatites peuvent donner une hépatite aigue. D'autres virus peuvent aussi être la cause d'une hépatite aigue : EBV, CMV, HSV.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ACE** Les arthralgies, douleurs diffuses et asthénie s'intègrent dans le cadre du syndrome pseudo-grippal. La triade douleur en hypochondre droit- fièvre – ictère fait évoquer une angiocholite.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	F	0.5	**Réponse : BC** La transmission est liée au péril fécal. Le vaccin est recommandé chez les voyageurs, et dans certains métiers (restauration collective, petite enfance).
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	0.5	
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
	G -	F	0.5	
	H -	F	0.5	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : E** Les médicaments hépatotoxiques et sédatifs sont contre-indiqués car à risque d'évolution vers une hépatite fulminante. Les antiviraux et l'interferon sont des traitements de l'hépatite chronique uniquement.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	F	0.5	**Réponse : BC** Des troubles de la coagulation avec un TP < 50% doivent faire hospitaliser le patient dans un service d'hépato-gastro-entérologie. En cas d'encéphalopathie, c'est une hépatite fulminante devant faire discuter une transplantation hépatique en urgence.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	0.5	
	F -	F	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : D** L'infection aigue par le VHA fait sécréter d'abord des IgM puis des IgG anti VHA. Il n'y a jamais d'infection chronique par le virus de l'hépatite A.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	F	0.5	**Réponse : CDEF** La transmission du VHB se fait par voie sanguine, sexuelle ou par contacts familiaux rapprochés. Elle est aussi possible pendant l'accouchement, de la mère à l'enfant. Chez l'adulte, il y a une évolution vers une hépatite chronique B dans 5 à 10% des cas, que l'hépatite aigue ait été symptomatique ou non. En cas d'infection chez l'enfant, l'évolution vers une hépatite chronique est dans 30% des cas à 4 ans et 90% en cas d'infection à la naissance.
	B -	F	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
	G -	F	0.5	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABF** L'infection chronique par le VHB est définie par un Ag HbS + pendant plus de 6 mois. Il y a deux situations : • Les patients porteur d'une hépatite chronique avec transaminases normales ou élevées, ADN VHB > 2000 UI/mL L'Ag HbE est positif si c'est le virus sauvage ou Ag HbE – en cas de mutant pré-C • Les porteurs chroniques inactifs avec des transaminases normales, ADN VHB < 2000 UI/mL. L'Ag HbE est indosable et l'Ac HbE +. Le risque d'évolution vers une cirrhose ou un CHC est faible. Il n'y a pas d'indication à un traitement mais un suivi régulier est nécessaire pour détecter une réactivation.
	B -	V	1	
	C -	F	0.5	
	D -	F	0.5	
	E -	F	1	
	F -	V	1	

QCM 9	A -	F	0	**Réponse : B** En cas de vaccination contre le VHB, le profil serait Ag Hbs - ; IgG HbS + et **IgG HbC -**, car la séroconversion pour l'HbC est le témoin d'une hépatite B antérieure. L'Ag HbS est négatif, ce ne peut donc pas être une infection chronique par le VHB, donc pas de portage inactif, ni d'hépatite chronique. L'Ag HbC est un antigène du VHB et non du VHC.
	B -	V	5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	F	0	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ACDEF** L'objectif du traitement du VHB chronique est la réponse virologique prolongée après le traitement. Une réponse virologique soutenue est l'objectif pour le traitement de l'hépatite C. Les antiviraux et IFN ont de nombreux effets indésirables. La PBH est nécessaire dans l'hépatite B pour déterminer le score METAVIR et décider du traitement. C'est dans l'hépatite C où elle n'est pas obligatoire, en cas de fibrotest et fibroscan concordants.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	V	0.5	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABCDF** Le dosage de l'Ag HbS est obligatoire au 6ème mois de grossesse. L'allaitement n'est pas contre-indiqué en cas de mère porteuse du VHB. Le nouveau-né recevra une immunisation active (le vaccin) et passive (les IgG anti- HbS).
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	0.5	
	E -	F	1	
	F -	V	0.5	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABCG** Le plus souvent, l'infection par le VHC est asymptomatique et sa découverte est fortuite. Il n'existe malheureusement pas de vaccin contre le VHC. La transmission se fait surtout par voie sanguine : parentérale, toxicomanie IV
	B -	V	1	
	C -	V	0.5	
	D -	F	0.5	
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
	G -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : CD** Il n'existe pas de vaccin contre le VHC. En cas d'ARN VHC – et anticorps +, l'hépatite est guérie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ACEF** Les génotypes 2 et 3 ont une meilleure réponse au traitement (80%de réponse virologique soutenue). Pour l'hépatite C, les marqueurs sériques et le fibroscan peuvent être utilisés en première intention pour déterminer le degré de fibrose pour le score METAVIR.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	F	0.5	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BCDE** C'est un virus à ARN, défectif (il a besoin du VHB pour se multiplier). En cas de co-infection (infection concomitante) VHB et VHD, le risque est l'hépatite aigue grave. En cas de surinfection (VHD sur VHB préalable), le passage à la chronicité est la règle.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ADEFG** C'est un virus à ARN, dont la transmission est liée au péril fécal. Le diagnostic se fait par détection d'ARN viral par PCR sanguine ou dans les selles. Il n'y a que très peu de passage à la chronicité : chez les immunodéprimés surtout.
	B -	F	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	V	1	
QCM 17	A -	F	1	**Réponse : BCDE** VHA : recherche d'IgM VHA sériques. VHB : recherche d'Ag HbS. VHC : recherche d'Ac anti VHC ou PCR sanguine VHC. VHD : recherche d'Ac anti VHD. VHE : PCR sanguine, des selles ou sérologie.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABEF** Dans la cholécystite aigue simple sans migration lithiasique, il n'y a pas de cytolyse hépatique. La consommation chronique d'alcool, l'hémochromatose et le déficit en alpha1 anti-trypsine sont des causes d'augmentation des transaminases < 10 N.
	B -	V	1	
	C -	F	0.5	
	D -	F	0.5	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	F	0.5	
	H -	F	0.5	

QCM 19	A -	V	0.5	**Réponse : ABCEFGHIJ** Le signe le plus communément retrouvé est un ictère d'aggravation rapide. Il y a aussi des signes moins spécifiques du type : fébricule, atrophie musculaire proximale. Il faut rechercher des signes de cirrhose : - d'hypertension portale avec la splénomégalie, la circulation collatérale veineuse et la splénomégalie - d'insuffisance hépato-cellulaire : ictère, ongles blancs, érythrose palmaire, hépatomégalie, angiomes stellaires,...
	B -	V	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	F	0.5	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	V	0.5	
	I -	V	0.5	
	J -	V	0.5	
QCM 20	A -	F	0.5	**Réponse : CE** Le score de Maddrey permet d'apprécier la gravité de l'hépatite aigue alcoolique. L'élévation de la créatinine est aussi un signe de gravité, faisant suspecter un syndrome hépato-rénal.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
	F -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Herpès simplex virus • EBV • CMV	0.5+ 0.5+ 1	Il y a aussi l'adénovirus et le virus cocksakie.
QROC 2	• VHA • VHE	1+1	
QROC 3	• TP < 50% • Signes d'encéphalopathie	1+1	Ce sont les deux principaux signes. Un TP < 50% impose une hospitalisation en hépatologie, c'est une hépatite grave. Des signes d'encéphalopathie font discuter une transplantation hépatique en urgence, c'est une hépatite fulminante.
QROC 4	• Sérologie IgM anti VHA	2	Les IgM anti VHA persistent quelques semaines puis les IgG anti VHA persistent de nombreuses années et sont associés à une bonne immunité.
QROC 5	• Militaires • Crèches / Institution • Travail dans la chaîne alimentaire	0.5+ 0.5+ 1	Il concerne aussi les voyageurs à destination des zones d'endémie.
QROC 6	• Voie sexuelle • Voie sanguine • Transmission mère enfant	0.5+ 0.5+ 1	Il y a aussi les contacts familiaux rapprochés avec partage d'objets de toilette.
QROC 7	• Ag HbS positif persistant à 6 mois	2	C'est la seule condition pour pouvoir affirmer le caractère chronique de l'infection.
QROC 8	• La réplication active • La réaction immunitaire • La phase non réplicative	0.5+ 0.5+ 1	Ces 3 phases caractérisent l'hépatite B chronique. Parmi les porteurs chroniques du VHB (Ag HbS > 6 mois), il y a 2 situations : - hépatite B chronique avec ses 3 phases. -portage inactif.
QROC 9	• L'activité • La fibrose	1+1	Ces 2 paramètres font partie du score METAVIR et sont recherchés à l'aide d'une ponction-biopsie hépatique. Il faut aussi prendre en compte l'âge, l'état général, les comorbidités et la probabilité de réponse au traitement.
QROC 10	• Dosage de l'AFP • Echographie hépatique	1+1	Ces examens recherchent un carcinome hépato-cellulaire.
QROC 11	• Voie parentérale / sanguine • Voie verticale	1+1	

QROC 12	• Marqueurs sériques • Mesure de l'élasticité hépatique / Fibroscan	1+1	En cas de concordance des résultats de ces 2 examens, la ponction biopsie hépatique n'est pas obligatoire.
QROC 13	• Cirrhose • Carcinome hépato-cellulaire	1+1	
QROC 14	• Syndrome pseudo-grippal • Dysthyroïdies	1+1	Il peut aussi entraîner des troubles psychiatriques à type de dépression.
QROC 15	• Anémie /cytopénies • Tératogénicité	1+1	En cas d'anémie profonde et prolongée, il est possible d'introduire un traitement par EPO.
QROC 16	• Vaccin contre le VHB • Usage de seringues à usage unique • Utilisation de préservatifs	0.5+ 0.5+ 1	Le VHD ayant besoin du VHB pour se répliquer, en cas d'immunité contre le VHB, le patient est aussi protégé contre le VHD.
QROC 17	• Cancer du pancréas • Lithiase du cholédoque • Cholangiocarcinome / cholangite sclérosante	0.5+ 0.5+ 1	La cholestase est liée à une compression (cancer du pancréas) ou à une obstruction (lithiase, cholangiocarcinome, cholangite sclérosante) de la voie biliaire principale. Cet obstacle entraine une cholestase.
QROC 18	• Augmentation des phosphatases alcalines • Augmentation des GGT • Augmentation de la bilirubine conjuguée	0.5+ 0.5+ 1	Il y a aussi une augmentation de la 5NU, du cholestérol et une diminution des facteurs vit K dépendants.
QROC 19	• Hépatite auto-immune	2	Les anticorps associés à cette maladie auto-immune sont : -Ac anti actine - Ac anti-nucléaires -ou Ac anti-LKM1 Une ponction biopsie hépatique est nécessaire au diagnostic.
QROC 20	• Corps de Mallory • Ballonisation des hépatocytes • Infiltrat de PNN	0.5+ 0.5+ 1	On peut aussi retrouver des lésions de stéatose ou de cirrhose.
		40	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas de paracétamol ou autres hépatotoxiques/neurosédatifs en cas d'hépatite aigue • Réalisation d'un bilan de MST en cas d'infection par VHB ou VHC • Dépistage de l'infection au VHB par dosage de l'Ag HbS à 6 mois de grossesse. • Toujours rechercher une cause médicamenteuse en cas d'hépatite aigue.
Définition	Une hépatite aigue est un processus inflammatoire du foie pouvant avoir diverses causes : virale, médicamenteuse, auto-immune, éthylique, ischémie Une hépatite virale chronique est définie par la présence de virus persistant à 6 mois (Ag HbS pour le VHB, PCR ARN VHC pour le VHC)
Etiologies	Virus des hépatites : - VHA virus à ARN, transmission féco-orale • VHB virus à ADN, transmission par voie sexuelle, sanguine, contacts familiaux rapprochés et transmission verticale pendant l'accouchement • VHC virus à ARN à transmission sanguine prédominante • VHD virus défectif à ARN, à transmission sanguine et sexuelle • VHE virus à ARN à transmission féco-orale Autres virus • HSV • EBV • CMV • Cocksakie • Adénovirus
Clinique	Dans la plupart des cas, l'hépatite aigue est asymptomatique. Il peut y avoir des prodromes à type de syndrome pseudo-grippal puis l'apparition d'un ictère. Lors de l'hépatite chronique, il peut y avoir des signes de cirrhose.
Examens complémentaires	Diagnostic d'hépatite virale : • VHA : IgM VHA • VHB : Ag HbS • VHC : IgM et IgG anti VHC • VHD : Ac anti-VHD • VHE : PCR sang ou selles à la recherche de l'ARN VHE ou IgM anti VHE Profils sérologiques de l'hépatite B • Un portage asymptomatique chronique aura le profil : Ag HbS+ ; ASAT et ALAT normales, ADN VHB < 2000 UI/mL ; Ag HbE-, Ac HbE+ • Une hépatite chronique B : Ag HbS+, ADN VHB > 2000 UI/mL - phase de tolérance immunitaire avec ADN VHB très élevé et transaminases normales ou peu augmentées -phase de réaction immunitaire avec ADN VHB modéré et transaminases élevées - phase non réplicative avec ADN VHB faible et transaminases normales

Traitement	A décider en fonction du score METAVIR : activité et fibrose Pour le VHB, réalisation d'une ponction-biopsie hépatique en cas de charge virale > 100 000 UI/mL et transaminases augmentées Traitement si score METAVIR supérieur ou égal à A2 ou F2 Le traitement repose sur l'interféron ou les antiviraux. Pour le VHC, traitement en fonction des symptômes, du génotype (meilleure réponse avec 2 et 3), de la motivation et de la fibrose. La fibrose est mesurée avec les marqueurs sériques + l'élastométrie hépatique (fibroscan) ou par une ponction-biopsie hépatique. Le traitement repose sur une combinaison entre l'interferon pegylé, la ribavirine et les inhibiteurs de protéase.
Complications	Risque d'hépatite fulminante en phase aigüe avec nécessité de transplantation hépatique en urgence. Risque de cirrhose et carcinome hépatocellulaire en cas d'hépatite chronique.
Prévention	Vaccination contre le VHA et VHB (+ VHD) Immunisation passive par Ac anti VHB chez le nouveau-né de mère porteuse. Prévention du péril fécal pour le VHA et VHE Prévention avec préservatifs, utilisation de seringues à usage unique et test des donneurs de sang pour le VHB, VHC et VHD.

UE questions isolées — Item 168

1 Enoncé

QCM 1	**Lesquelles de ces parasitoses digestives sont retrouvées en France métropolitaine ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	La giardiose
B -	L'infection à Tænia saginata
C -	L'ascaridiose
D -	L'oxyurose
E -	L'amoebose
QCM 2	**A propos de la giardiose (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Ce protozoaire est responsable d'épidémies de diarrhées, notamment dans les crèches.
B -	La transmission se fait le plus souvent par voie féco-orale.
C -	Les parasites se fixent sur le colon et créent une inflammation locale responsable des symptômes.
D -	La giardiose est responsable d'un syndrome dysentérique.
E -	Dans de rares cas, elle peut être une cause de diarrhée chronique avec dénutrition.
QCM 3	**Pour le diagnostic de la giardiose, (Jusqu'à 2 réponses)**
A -	La méthode de référence est une sérologie.
B -	La technique la plus souvent utilisée est l'examen parasitologique des selles standard.
C -	Une hémoculture peut mettre en évidence une infection par *G. intestinalis*
D -	Dans les formes chroniques, une biopsie jéjunale peut s'avérer nécessaire.
E -	Le diagnostic est clinique dans la majorité des cas.
QCM 4	**La prise en charge thérapeutique de la giardiose : (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Le recours à un antifongique n'est pas systématique.
B -	Il faut contrôler la réussite du traitement par un examen parasitologique des selles à 1 mois.
C -	Des règles d'hygiène des mains doivent être inculquées au patient.
D -	La prescription de métronidazole peut entraîner une moindre efficacité des AVK.
E -	En cas d'échec, il faut rechercher un porteur sain dans l'entourage.
F -	Le traitement est pris en charge à 100% dans le cadre de l'ALD30.
QCM 5	**A propos de *Tænia Saginata* (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Ce plathelminthe peut atteindre jusqu'à 10m de long.
B -	Il se fixe au niveau de l'intestin grêle.
C -	Les anneaux franchissent activement la marge anale et peuvent-être retrouvés dans les sous-vêtements.
D -	L'homme s'infeste par la consommation de viande de porc mal cuite.
E -	Il fait partie des nématodes.
QCM 6	**Quels examens peuvent-être utiles pour le diagnostic de T. saginata ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Une NFS.
B -	Une sérologie.
C -	Un examen parasitologique des selles.
D -	Un scotch test.
E -	Une paire d'hémocultures.
F -	Une biopsie colique.
QCM 7	**A propos de la prévention de l'infestation par T. saginata (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Il repose en grande partie sur le contrôle vétérinaire des bovins.
B -	C'est principalement la consommation de viande bien cuite.
C -	Il existe un vaccin pour éviter les formes graves dans les pays en voie de développement.
D -	L'infestation par T. saginata est une maladie à déclaration obligatoire à l'ARS.
E -	Elle passe principalement par l'hygiène des mains.

QCM 8	A propos de *Tænia solium* (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'infestation se fait par la consommation de viande de porc mal cuite.
B - L'homme peut être accidentellement infesté par la forme larvaire.
C - La cysticercose est une maladie grave pouvant engager le pronostic vital.
D - Les anneaux sont émis de façon active à travers la marge anale.
E - La prévention repose sur la cuisson de la viande de porc et le contrôle vétérinaire.

QCM 9	A propos de l'ascaridiose (Jusqu'à 3 réponses)

A - Les œufs excrétés dans les selles sont directement infestants.
B - Une phase de migration larvaire précède la phase d'état.
C - Des manifestations allergiques peuvent être présentes pendant la phase de migration larvaire.
D - La transmission se fait par la consommation d'aliments souillés par les œufs embryonnés.
E - La transmission est féco-orale directe.

QCM 10	Lesquelles de ces propositions peuvent aider à faire le diagnostic d'une ascaridiose ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une numération formule sanguine.
B - Une sérologie.
C - Un examen parasitologique des selles.
D - Un scotch test anal.
E - Une PCR sanguine.

QCM 11	A propos de l'oxyurose (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une parasitose très fréquente chez l'enfant.
B - Il peut causer une vulvite chez la petite fille.
C - Il peut causer un prurit anal vespéral intense.
D - Le portage peut-être asymptomatique.
E - Des diarrhées jaune-chamois sont fréquentes.

QCM 12	A propos d'*Entamoeba histolytica* : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est un protozoaire fréquemment retrouvé en France métropolitaine.
B - Le parasite se fixe au niveau du duodénum.
C - C'est une maladie du péril fécal.
D - Le sujet s'infecte en ingérant des aliments ou de l'eau souillée par des trophozoïtes (forme végétative).
E - C'est une maladie bénigne.

QCM 13	Pour le diagnostic de l'amoebose hépatique (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une sérologie à la recherche d'E. histolytica est effectuée devant toute découverte d'abcès hépatique.
B - L'examen parasitologique des selles doit être fait à la recherche d'une atteinte intestinale.
C - La ponction-biopsie hépatique est contre-indiquée.
D - L'endoscopie digestive à la recherche d'une atteinte intestinale est possible.
E - Une hémoculture sur sang périphérique peut retrouver des trophozoïtes.

QCM 14	Le traitement de l'amoebose intestinale invasive (Jusqu'à 6 réponses)

A - Repose sur un amoebicide de contact.
B - Repose sur un amoebicide tissulaire.
C - Nécessite le traitement des sujets contacts.
D - Est pris en charge à 100% dans le cadre de l'ALD30.
E - Un vaccin permet de prévenir les infections invasives à *E. histolytica*.
F - Le contrôle à 1 mois de l'examen parasitologique des selles est nécessaire.

QCM 15	A propos du syndrome de Loeffler (Jusqu'à 7 réponses)

A - Il peut se rencontrer pendant la phase d'état de l'ascaridiose.
B - Il peut se rencontrer pendant la phase de migration larvaire de l'ascaridiose.
C - Il peut se rencontrer pendant la phase d'état de l'amoebose.
D - Il peut se rencontrer pendant la phase de migration larvaire de l'amoebose.
E - La NFS montre une hyperéosinophilie.
F - Il associé toux, dyspnée et fièvre.
G - Il peut se rencontrer lors des premiers stades de la sarcoïdose.

QCM 16	Pour faire le diagnostic de l'oxyurose (Jusqu'à 3 réponses)

A - Une hyperéosinophilie est possible.
B - La sérologie est la méthode la plus utilisée.
C - L'examen parasitologique des selles permet de mettre en évidence les œufs.
D - Le scotch test anal est la méthode la plus utilisée.
E - Le diagnostic peut-être clinique par la mise en évidence des œufs sur les selles.

QCM 17	Quels signes et symptômes sont retrouvés dans l'amoebose intestinale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Des selles glaireuses.
B - Une fièvre.
C - Des douleurs abdominales intenses.
D - Une diarrhée fécale profuse.
E - Une altération de l'état général majeure.
F - Un syndrome de Loeffler.

QCM 18	Le traitement de l'amoebose hépatique (Jusqu'à 5 réponses)

A - Repose sur un amoebicide de contact.
B - Repose sur un amoebicide tissulaire.
C - En cas de non régression d'un abcès, il faut le ponctionner.
D - L'échographie hépatique à 1 semaine du traitement permet de contrôler la bonne évolution.
E - Le principal diagnostic différentiel est un abcès hépatique à pyogènes.

QCM 19	Lesquels de ces signes et symptômes peuvent-être rencontrés lors de l'amoebose hépatique ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Fièvre.
B - Douleurs à l'hypochondre droit.
C - Ictère.
D - Hépatomégalie douloureuse.
E - Une altération de l'état général.
F - Des vomissements.
G - Une diarrhée.

QCM 20	Pour le traitement de l'oxyurose (Jusqu'à 6 réponses)

A - Le traitement n'est pas obligatoire en l'absence de prurit anal.
B - Le traitement repose sur de l'albendazole.
C - Une cause fréquente d'échec du traitement est l'auto-réinfestation.
D - Le traitement est répété à 2-3 semaines.
E - L'aspiration rigoureuse des sols permet de diminuer le risque d'auto-réinfestation.
F - Tous les membres de la famille de l'enfant atteint sont traités.

QROC 1	Citez 3 parasites à tropisme digestif s'accompagnant d'une hyperéosiphilie. (3 mots)
QROC 2	Quelles sont les méthodes diagnostiques de l'amoebose hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 3	Quel est le traitement médicamenteux de la giardiase ? (classe thérapeutique ou molécule) Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 4	Quelles sont les deux maladies causées par *Tænia solium* ? (2 mots)
QROC 5	Quel est le nom du syndrome associant toux, dyspnée et fièvre, lors de la phase de migration larvaire dans l'ascaridiose ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 6	Quelle maladie est causée par le ver *Enterobius vermicularis* ? (1 mot)
QROC 7	Quel est le mode de transmission de l'amoebose ? Texte libre (1 à 2 mots)
QROC 8	Quelle est la principale mesure préventive individuelle contre le Tænia ? (1 mot)
QROC 9	Citez 3 parasites responsables de taeniase. (3 mots)
QROC 10	Citez 3 tissus ciblés par les larves du tænia dans la cysticercose. (3 mots)
QROC 11	Citez les principales parasitoses digestives retrouvées en France métropolitaine. Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 12	Que faut-il rechercher en cas de tableau de giardiose chronique chez un patient vivant dans un « développé » ? (1 mot)
QROC 13	Quelle est la base du traitement médicamenteux d'une amoebose invasive ? (intestinale ou hépatique) (2 mots)
QROC 14	Citer 3 complications mécaniques pouvant survenir en cas d'ascaridiose avec charge parasitaire importante. (3 mots)
QROC 15	Un patient se présente avec une hépatomégalie douloureuse, fièvre, frissons et douleurs de l'hypochondre droit exacerbées par la palpation hépatique. Quelles sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ? (2 mots)
QROC 16	Quels seront alors les examens à réaliser ? (2 mots)
QROC 17	Parmi les parasites digestifs que vous connaissez, citez deux protozoaïres. (2 mots).
QROC 18	Quel est l'examen diagnostic le plus couramment utilisé pour faire le diagnostic d'oxyurose ? (1 mot).
QROC 19	Quel type de parasites sont l'oxyurose et l'ascaris ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel est le mode de transmission des nematodoses intestinales que vous connaissez (ascaris, oxyure) ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Ascaris lumbricoides est retrouvé dans les zones chaudes du globe, avec une hygiène insuffisante. Il est très rare en France métropolitaine. • Entamoeba histolytica est une des parasitoses les plus fréquentes. Elle n'est retrouvée en France métropolitaine que chez les migrants ou voyageurs en zone d'endémie.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : AE** • La transmission se fait le plus souvent par voie indirecte par ingestion de kystes présents dans de l'eau ou des aliments contaminés. • Les parasites se fixent sur la bordure en brosse du duodénum et du jéjunum, entraînant jusqu'à atrophie villositaire subtotale. • La giardiose est asymptomatique ou responsable de selles molles jaunes chamois et des douleurs abdominales. •
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BD** • L'examen le plus utilisé est l'EPS 3 fois à 3 jours d'intervalle, avec mise en évidence des kystes à l'examen direct. • En parasitologie, il y a peu de diagnostic clinique, on cherche souvent à mettre en évidence le parasite en cause. • Dans les formes chroniques, l'EPS est moins fiable. Une biopsie jéjunale peut-être réalisée sous endoscopie haute.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Le traitement repose sur des antifongiques azolés du type métronidazole. Il faut prendre garde aux interactions médicamenteuses en cas de prescription d'antifongiques, notamment avec les anti-vitamine K. Leur interaction peut être responsable d'un grave syndrome hémorragique par surdosage en AVK. • Un porteur asymptomatique dans l'entourage peut-être la cause de réinfestation chronique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABC** • L'infestation par T. saginata est due à la consommation de viande de bovin mal cuite : les larves sont détruites par la cuisson à plus de 45°, ou la congélation • C'est T. solium qui est transmis par la viande de porc mal cuite. • Les nématodes sont les vers ronds (ascaris). Le tænia est un ver plat, ou plathelminthe. •
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La NFS peut mettre en évidence une hyperéosinophilie, surtout dans les 3 premiers mois. • La sérologie est sans intérêt. • L'examen parasitologique des selles peut retrouver des anneaux et des embryophores, ainsi que le scotch test. • La biopsie est trop invasive et non nécessaire au diagnostic. De plus, le parasite ne se trouve pas dans le colon mais dans le grêle.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
+QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AB** • Les bovins ingèrent les œufs de tænia saginata présents dans le milieu extérieur. Les embryons migrent vers les muscles où ils deviennent larves (cysticerques). Les larves sont détruites par la cuisson et la congélation de la viande. • La prévention repose sur le contrôle vétérinaire de la viande et la congélation et la cuisson. • L'hygiène des mains n'est pas le mode de prévention adapté à cette infestation : la contamination se fait par l'ingestion des larves se trouvant dans la viande bovine.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • L'infestation accidentelle par la forme larvaire est rare, c'est la cysticercose. En cas de cysticercose, les larves peuvent se localiser en sous-cutané, au niveau des muscles, mais peuvent aussi atteindre l'œil et le système nerveux central. • Les anneaux sont émis de façon passive et sont mélangés aux selles. Ils ne sont pas retrouvés dans les sous-vêtements. • Les larves sont détruites par la cuisson, qui reste le meilleur moyen de prévenir l'infestation.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 9	A -	F	1	**Réponse : BCD**
	B -	V	1	• Les œufs excrétés ne sont pas directement infestants. Ils sont excrétés dans le milieu extérieur puis les œufs embryonnés sont infestants. Il n'y a pas de transmission féco-orale directe.
	C -	V	1	• La phase de migration larvaire peut associer des signes allergiques et un syndrome de Loeffler.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : AC**
	B -	F	1	• La NFS peut mettre en évidence une hyperéosinophilie, surtout pendant les premières semaines.
	C -	V	1	• La sérologie n'a pas d'intérêt dans cette parasitose.
	D -	F	1	• Les œufs sont identifiables dans les selles. Il ne faut cependant pas réaliser d'examen parasitologique des selles avant 2 mois suivant l'infestation. En effet, après l'infestation, les œufs embryonnés libèrent des larves qui migrent dans le tube digestif, puis dans le poumon et le foie par voie sanguine. Elles seront ensuite dégluties et se fixent sur la paroi digestive. Les femelles ne commencent à pondre qu'après 2 mois suivant l'infestation.
	E -	F	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABCD**
	B -	V	1	• La femelle migre dans les plis radiés de l'anus le soir et pond les œufs, ce qui cause un prurit anal et des lésions de grattage.
	C -	V	1	• L'oxyurose n'est pas une cause de diarrhée.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 12	A -	F	1	**Réponse : C**
	B -	F	1	• Ce protozoaire est une maladie d'importation en France métropolitaine.
	C -	V	1	• L'amoebose est transmise par péril fécal : libération de kystes dans les selles. Les aliments souillés sont ingérés.
	D -	F	1	• Les trophozoïtes ne se trouvent que dans la lumière colique, les kystes sont retrouvés dans le milieu extérieur.
	E -	F	1	• C'est une maladie grave responsable de 100 000 morts par an.
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABD**
	B -	V	1	• En cas de négativité de la sérologie et de l'examen parasitologique des selles, il faut ponctionner en péri-lésionnel pour l'analyse parasitologique du pus. La ponction est contre-indiquée en cas de suspicion d'hydatidose.
	C -	F	1	• En cas de négativité de l'EPS, une coloscopie est possible.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ABF**
	B -	V	1	• En cas d'infection invasive, il faut traiter par un amoebicide de contact et un amoebicide tissulaire.
	C -	F	0.5	• En cas d'infection non invasive intestinale, l'amoebicide de contact est suffisant.
	D -	F	1	• Les sujets contacts ne sont traités qu'en cas de symptômes similaires et mise en évidence d'une amoebose.
	E -	F	0.5	
	F -	V	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BEF**
	B -	V	0.5	• Le syndrome de Loeffler est un syndrome associant toux, dyspnée et fièvre, infiltrat à la radiographie pulmonaire et hyperéosinophilie.
	C -	F	0.5	• Il peut être retrouvé pendant la période de migration larvaire liée à l'ascaridiose.
	D -	F	1	• A ne pas confondre avec le syndrome de Lofgren (sarcoïdose) et syndrome de Stauffer (syndrome paranéoplasique dans le cancer du rein se manifestant par une cholestase anictérique).
	E -	V	0.5	• Il n'y a pas de période de migration larvaire dans l'amoebose.
	F -	V	0.5	
	G -	F	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• L'examen parasitologique des selles n'est pas fait en pratique.
	C -	F	1	• Le scotch test est la méthode de référence.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : AC**
	B -	F	0.5	• Il n'y a habituellement pas de sang dans les selles, pas de fièvre, ni d'altération de l'état général. Il faut rechercher une pathologie associée en cas de fièvre (paludisme ++).
	C -	V	1	• La diarrhée est afécale et glaireuse.
	D -	F	0.5	• Le syndrome de Loeffler lié à la migration larvaire n'est pas retrouvé dans l'amoebose.
	E -	F	1	
	F -	F	1	

QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Comme tout amoebose invasive (intestinale ou hépatique), le traitement repose sur un amoebicide tissulaire et de contact. • Le drainage percutané par ponction n'est réservé que s'il existe un risque de rupture de l'abcès. • La bonne évolution se juge sur la régression des signes cliniques. A l'échographie, les images hypoéchogènes persistent de nombreux mois.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABCDEFG** • Tous ces symptômes sont possibles, bien que certains soient non spécifiques. • Les diagnostics différentiels à évoquer sont l'abcès à pyogènes et une tumeur maligne du foie nécrosée.
	B -	V	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	V	0.5	
	E -	V	0.5	
	F -	V	1	
	G -	V	1	
QCM 20	A -	F	0.5	**Réponse : BCDEF** • Cette parasitose est très contagieuse : il faut donc traiter tous les membres de la famille ou la collectivité de l'enfant atteint. • C'est un parasite dont les œufs sont directement infestants. L'auto-réinfestation est donc possible. Afin de l'éviter, des mesures d'hygiène sont à prendre (couper et brosser les ongles, aspirer les sols, laver le linge de nuit) et le traitement est reconduit après 2 à 3 semaines.
	B -	V	1	
	C -	V	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• *Tænia.* • *Ascaris lumbricoides.* • *Enterobius vermicularis.*	1+1 +1	Il n'y a pas d'hyperéosinophilie dans l'amoebose.
QROC 2	• Sérologie. • Imagerie hépatique / échographie ou TDM.	1+1	La ponction écho-guidée ne se fera qu'en cas de négativité de la sérologie. L'examen parasitologique des selles est un argument supplémentaire, à la recherche d'une amoebose intestinale.
QROC 3	• Nitro-imidazolés / Métronidazole.	1	Les principes du traitement des parasitoses sont au programme. Connaître au moins la classe thérapeutique.
QROC 4	• Taeniasis. • Cysticercose.	1+1	La cysticercose est rare, en cas de promiscuité avec les porcs, par développement de la forme larvaire du parasite.
QROC 5	• Syndrome de Loeffler.	1	Il s'accompagne aussi fréquemment d'une hyperéosinophilie et d'un infiltrat à la radiographie pulmonaire.
QROC 6	• L'oxyurose.	1	Maladie fréquente responsable de prurit anal chez l'enfant et de cauchemars.
QROC 7	• Oro-fécale.	1	La contamination se fait par ingestion d'eau ou aliments souillées par des déjections contaminées.
QROC 8	• La cuisson de la viande de bœuf (saginata) et de porc (solium).	1	Des mesures vétérinaires sont prises dans les abattoirs, mais elles ne peuvent prévenir tout risque de contamination.
QROC 9	• Tænia saginata • Tænia solium • H. nana/ D. latum	0.5+ 0.5+ 1	Les deux derniers sont cités dans le collège d'hépato-gastro. Il est bien d'en avoir au moins entendu parler.
QROC 10	• Muscles • Œil • Cerveau	1+1 +1	Il y a aussi le tissu sous-cutané et la moelle épinière. Elle donne des uvéites pouvant entraîner la cécité. Elles peuvent entraîner des crises d'épilepsie et une HTIC en cas de localisation cérébrale.
QROC 11	• Oxyurose • Tænia • Giardiose	1+1 +1	L'amoebose et l'ascaridiose peuvent-être rarement vues en France métropolitaine, ce sont le plus souvent des pathologies d'importation.

QROC 12	• Déficit immunitaire	1	Une giardiose chronique doit faire rechercher un déficit immunitaire en IgA.
QROC 13	• Amoebicide de contact • Amoebicide tissulaire	1+1	L'amoebicide de contact est un imidazolé (ex métronidazole) et l'amoebicide tissulaire est le tiliquinol.
QROC 14	• Appendicite • Angiocholite /pancréatite • Occlusion intestinale	1+1 +1	Ces complications sont rares et surviennent en cas de charge parasitaire importante, avec accumulation des parasites au niveau de : - L'appendice - Les voies biliaires - L'intestin
QROC 15	• Abcès hépatique à pyogènes • Amoebose hépatique	1+1	L'abcès hépatique à pyogènes est le principal diagnostic différentiel. Il faudra penser à l'amoebose en cas de voyage en pays d'endémie et de tableau d'amoebose intestinale concomitant ou antérieur.
QROC 16	• Sérologie à la recherche d'*E. histolytica* • Imagerie hépatique / échographie ou TDM	1 1	La sérologie amibienne est à réaliser devant tout tableau d'abcès hépatique.
QROC 17	• Giardia lamblia /intestinalis. • Entamoeba histolytica.	2 2	La giardiose et l'amoebose sont des protozoaires. L'ascaris et l'oxyure sont des nématodes. Le ténia est un cestode.
QROC 18	• Scotch-test anal.	1	Le matin avant les premières selles et la toilettes. Les femelles pondent dans les plis radiés de l'anus pendant la nuit.
QROC 19	• Helminthes. • Nématodes.	2 2	La giardiose et l'amoebose sont des protozoaires. L'ascaris et l'oxyure sont des nématodes. Le ténia est un cestode
QROC 20	• Péril fécal / Féco-orale.	1	Les autres nématodoses : anguillulose et ankylostomose sont à contamination trans-cutanée.
		/40	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
Définition	Les parasitoses digestives au programme sont : - *Giardia intestinalis* => Giardiose - *Tænia saginata et solium* => Taeniase - *Enterobius vermicularis* => Oxyurose - *Entamoeba histolytica* => Amoebose - *Ascaris lumbricoides* => Ascaridiose
Giardiose	- Parasitose ubiquitaire responsable d'épidémie dans les crèches en France métropolitaine et chez l'adulte au retour de voyage. - Contamination indirecte par les aliments ou directe féco-orale et fixation des trophozoïtes sur le jéjunum. - Clinique : asymptomatique ou diarrhée jaune-chamois subaiguë. En cas de tableau chronique, recherche d'un déficit en IgA. - Diagnostic : examen parasitologique des selles (EPS) répété. - Traitement : métronidazole et contrôle de l'EPS à 1 mois.
Taeniase	- Tænia saginata (viande de bœuf) et Tænia solium (porc) - Clinique Souvent asymptomatique Troubles digestifs aspécifiques Selon l'organe touché en cas de cysticercose - Diagnostic : examen des anneaux vivant dans les sous-vêtements ou EPS sérologie en cas de cysticercose - Traitement : niclosamide (T. saginata) albendazole (T. solium) - Prévention individuelle : Cuisson de la viande de bœuf et de porc
Oxyurose	Parasite fréquent en métropole, chez l'enfant d'âge scolaire. - Clinique Prurit anal vespéral ++ et familial Vulvite chez la fille Cauchemars - Diagnostic Clinique par visualisation des vers mobiles sur les selles Scotch test si doute Il y a une hyperéosinophilie - Traitement Médicamenteux= albendazole répété à 2-3 semaines Traitement de l'entourage familial ou la collectivité Hygiène : ongles courts et brossés, laver le linge de nuit, aspirer les sols.

Amoebose	Parasite des régions intertropicales associé à une mortalité élevée (100 000/an) Transmission féco-orale directe ou indirecte. <u>Amoebose intestinale</u> - Diarrhée aigüe glaireuse non sanglante, non fébrile et douleurs abdominales - Diagnostic = examen parasitologique des selles à la recherche de trophozoïtes et de kystes (pouvant être confondus avec les kystes d'E. dispar non pathogènes) coloscopie recherche des ulcérations en coup d'ongle et abcès en bouton de chemise. - Traitement : Amoebicide de contact et tissulaire Contrôle de l'EPS à 1 mois Prévention du péril fécal <u>Amoebose hépatique</u> - Douleurs de l'hypochondre droit exacerbées par la palpation hépatique, hépatomégalie, fièvre et frissons. Rechercher un tableau digestif concomitant ou antérieur. - Diagnostic sur un faisceau d'arguments : Sérologie amibienne Imagerie hépatique : échographie ++ ou TDM Jamais d'hyperéosinophilie - Traitement : Amoebicide de contact et tissulaire Drainage percutané en cas de risque de rupture de kyste
Ascaridiose	Retrouvée dans les pays tropicaux à hygiène insuffisante. - <u>Clinique :</u> Phase de migration larvaire avec signes allergiques et syndrome de Loeffler Phase d'état avec troubles digestifs aspécifiques - <u>Diagnostic :</u> Hyperéosinophilie EPS répété (3 fois à 3 jours d'intervalle), **au moins 2 mois après la contamination** - <u>Complications mécaniques :</u> Rares par accumulation de vers : appendicite, occlusion intestinale, angiocholite, pancréatite - <u>Traitement :</u> Antiparasitaire = albendazole Prévention = lutte contre le péril fécal, hygiène des mains et aliments

1 Enoncé

QCM 1	Lesquelles de ces caractéristiques sont retrouvées dans la douleur de la colique hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Douleur au point de Mc Burney.
B -	Douleur en hypochondre droit.
C -	Amélioration par la station penchée en avant.
D -	Irradiation à l'omoplate homolatérale.
E -	Inhibition respiratoire à la palpation de l'aire vésiculaire.
QCM 2	**A propos de la douleur d'origine pancréatique, (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Elle est typiquement épigastrique transfixiante.
B -	Il n'y a pas de position antalgique.
C -	Elle irradie dans la plupart des cas dans les organes génitaux externes.
D -	C'est une douleur paroxystique.
E -	Elle est souvent accompagnée de nausées et vomissements associés à l'iléus réflexe.
QCM 3	**Lesquelles de ces affections peuvent donner une douleur de la fosse iliaque droite ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Adénolymphite mésentérique.
B -	Appendicite aigue modale.
C -	Diverticulite sigmoïdienne.
D -	Poussée de maladie de Crohn.
E -	Grossesse extra-utérine.
F -	Poussée de rectocolite ulcéro-hémorragique.
G -	Hématome du psoas droit.
H -	Appendalgite.
QCM 4	**A propos de la maladie périodique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	C'est une maladie héréditaire.
B -	La douleur est localisée en hypogastre.
C -	La douleur s'accompagne de fièvre.
D -	Elle est souvent accompagnée d'un iléus fonctionnel se traduisant par des vomissements.
E -	Une défense abdominale est souvent retrouvée.
QCM 5	**Dans lesquelles de ces situations le TDM doit-être préféré à l'échographie en première intention devant une douleur abdominale aigue ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Sigmoïdite diverticulaire.
B -	Pancréatite aigüe.
C -	Occlusion par obstruction.
D -	Syndrome péritonéal.
E -	Hernie inguinale étranglée.
F -	Appendicite aigue.
QCM 6	**Lesquelles de ces affections endocriniennes peuvent donner des douleurs abdominales ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A -	Hyperthyroïdie.
B -	Hypocalcémie.
C -	Acidocétose diabétique.
D -	Hypertriglycéridémie.
E -	Insuffisance surrénale aigue.
F -	Hyperkallémie.

QCM 7	A propos de la douleur de colique néphrétique (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une douleur lombaire irradiant dans les organes génitaux externes et la racine des cuisses.
B - C'est une douleur d'apparition progressive, puis continue.
C - Elle est souvent associée à un iléus réflexe.
D - Les signes d'anxiété et agitation sont souvent majeurs.
E - La position antalgique est : le « chien de fusil »

QCM 8	A propos du purpura rhumatoïde : (Jusqu'à 6 réponses)

A - Il touche le plus souvent les adultes.
B - Il associe un tableau de purpura hématologique avec des douleurs abdominales.
C - C'est une vascularite systémique à IgG
D - Le risque d'atteinte rénale justifie un suivi de la tension artérielle et de bandelettes urinaires à long terme.
E - Les douleurs abdominales sont d'évolution spontanément favorable.

QCM 9	A propos du syndrome occlusif haut situé : (Jusqu'à 3 réponses)

A - Les vomissements sont tardifs.
B - Les vomissements sont précoces.
C - L'arrêt des matières et gaz est tardif.
D - L'arrêt des matières et gaz est précoce.
E - Il faut réaliser un ASP en urgence à la recherche de niveaux hydro-aériques plus larges que hauts.

QCM 10	A propos de la douleur ulcéreuse : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle est rythmée par les repas.
B - Elle est calmée par l'alimentation (produits laitiers).
C - Un des diagnostics différentiels est l'infarctus du myocarde inférieur.
D - Elle survient 30 mn à 1 heure après les repas.
E - C'est une crampe épigastrique.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles peuvent se compliquer d'aéroportie ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Ischémie mésentérique.
B - Sigmoïdite diverticulaire.
C - Cholécystite aigue.
D - Aérobilie.
E - Pneumopathie aigue communautaire.

QCM 12	Lesquelles de ces affections peuvent expliquer des douleurs abdominales diffuses chez l'enfant ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Pneumopathie aigue communautaire lobaire supérieure gauche.
B - Purpura rhumatoïde.
C - Synovite aigue transitoire.
D - Pyélonéphrite aigue droite.
E - Découverte de diabète de type 1.
F - Poussée de drépanocytose.

QCM 13	Lesquels de ces examens complémentaires réalisez-vous d'emblée devant une suspicion de pancréatite aigüe ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Amylasémie.
B - Bilan hépatique (ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine totale et conjuguée).
C - Lipasémie.
D - TDM abdominal.
E - Echographie abdominale.

QCM 14	Lesquelles de ces affections peuvent donner une douleur abdominale aigue hypogastrique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Appendicite aigue.
B - Occlusion colique basse.
C - Endométrite
D - Infarctus splénique
E - Salpingite

QCM 15	**Parmi ces propositions, certaines sont des signes d'alarme pour différencier une douleur organique d'une douleur fonctionnelle : (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Age > 50 ans.
B - Amaigrissement.
C - Douleurs pendant la journée.
D - Méléna s.
E - Hémoptysie.
F - Amélioration avec les loisirs.
G - Modification récente des symptômes.
H - Asthénie.

QCM 16	**A propos de l'appendicite aigue (Jusqu'à 5 réponses)**

A - La douleur typique est localisée en fosse iliaque droite.
B - La palpation retrouve une défense en fosse iliaque droite.
C - Le psoïtis est un signe d'irritation péritonéale.
D - Un signe de Bloomberg positif est en faveur d'une péritonite débutante.
E - Le TDM abdominal est indiqué en première intention.

QCM 17	**Lesquelles de ces affections peuvent donner une douleur de l'hypochondre droit ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Appendicite aigue.
B - Pneumopathie basale droite.
C - Colique hépatique.
D - Angiocholite.
E - Cirrhose éthylique.
F - Foie cardiaque.

QCM 18	**Lesquelles de ces maladies peuvent-être associées avec un syndrome de Koenig ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Maladie de Crohn.
B - Recto-colite ulcéro-hémorragique.
C - Volvulus du grêle.
D - Cancer du côlon.
E - Tumeur du grêle.

QCM 19	**Dans lesquelles de ces situations peut-on prescrire un ASP ? (Jusqu'à 8 réponses)**

A - Suspicion d'occlusion intestinale haute.
B - Suspicion d'occlusion intestinale basse.
C - Colique néphrétique.
D - Suspicion de sigmoïdite diverticulaire.
E - Constipation chez la personne âgée.
F - Douleur abdominale aigue avec tympanisme: suspicion de pneumopéritoine.
G - Pancréatite chronique.
H - Ingestion de corps étranger potentiellement toxique.

QCM 20	**A propos de l'ischémie mésentérique (Jusqu'à 6 réponses)**

A - La douleur est rythmée par les repas.
B - Un silence auscultatoire est entendu à l'auscultation abdominale.
C - La douleur est d'installation brutale et maximale en quelques heures.
D - Des diarrhées sanglantes accompagnent le tableau.
E - L'iléus fonctionnel est responsable de nausées et vomissements.
F - Les lactates élevés ne sont pas un facteur de mauvais pronostic.

QROC 1	A quelle urgence faut-il penser devant une douleur abdominale aigue diffuse sans défense chez un patient suivi pour une polyarthrite rhumatoïde traitée au long cours ? (1 mot)
QROC 2	Quel est le premier examen complémentaire que vous prescrivez chez une patiente de 25 ans aux urgences pour une douleur abdominale aigue de la fosse iliaque gauche ? (1 mot)
QROC 3	Quel examen d'imagerie réalisez-vous en première intention devant un syndrome occlusif colique ? (1 mot)
QROC 4	Quelles sont les deux principales étiologies à rechercher devant une pancréatite aigüe ? (2 mots)
QROC 5	Qu'évoquez-vous chez un garçon de 6 ans présentant un tableau de douleurs abdominales aigues diffuses, avec des tâches sur les jambes infiltrées ? (1 mot)
QROC 6	Quel examen simple de l'examen clinique est à réaliser devant toute douleur abdominale ? (1 mot)
QROC 7	Quelles sont les complications du kyste ovarien pouvant entraîner une douleur abdominale aigue ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 8	Quel examen complémentaire est à demander en urgence avant la mise en route du traitement curatif pour confirmer une suspicion d'insuffisance surrénale aigue ? (1 mot)
QROC 9	A quelle affection faut-il penser devant un patient peintre dans les bâtiments anciens présentant des douleurs abdominales paroxystiques, ainsi que des troubles cognitifs et neuropathie périphérique motrice ? (1 mot)
QROC 10	Quelles sont les caractéristiques de la douleur épigastrique orientant vers un syndrome ulcéreux ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 11	Qu'évoquez-vous chez un patient de 60 ans hypertendu présentant une douleur abdominale brutale de siège épigastrique, avec collapsus tensionnel et choc hypovolémique rapide ? (1 mot)
QROC 12	Quelle est la triade clinique pour le diagnostic de l'angiocholite ? (3 mots)
QROC 13	Quels sont les examens simples réalisables au lit du patient, permettant d'éliminer une acidocétose diabétique ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 14	Quelles sont les 2 possibilités de drainage des urines dans une rétention aigue d'urine ? (2 mots)
QROC 15	Quelle affection évoquer devant une douleur de la fosse iliaque droite brutale avec psoïtis chez un patient sous AVK au long cours ayant pris des AINS par automédication ? (1 mot)
QROC 16	Quel examen d'imagerie de première intention prescrivez-vous devant une suspicion de cholécystite ? (1 mot)
QROC 17	Un patient de 50 ans présente, 2 jours après une chirurgie de la hanche, une douleur abdominale hypogastrique. A la palpation, il y a une matité sus-pubienne. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (1 mot)
QROC 18	Quel est le diagnostic le plus probable devant une douleur abdominale fébrile chez un enfant de 5 ans qui présente par ailleurs une toux depuis 5 jours ? (1 mot).
QROC 19	Citez trois causes métaboliques responsables de douleurs abdominales aigues ? (3 mots).
QROC 20	Citez trois des quatres piliers cliniques permettant le diagnostic positif d'un syndrome occlusif ? (3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	**Réponse : BDE** • La douleur au point de Mc Burney est présente lors d'une appendicite typique. • Il n'y a pas de position antalgique dans la douleur de colique hépatique. • L'inhibition respiratoire = signe de Murphy.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : AE** • Il y a une position antalgique: l'antéflexion. Les patients se tiennent en position de « chien de fusil ». • La douleur peut irradier dans le dos ou vers l'hypochondre gauche. • C'est une douleur continue, maximale en quelques heures. • La douleur lombaire irradiant dans les organes génitaux externes est d'origine urologique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABDEGH** • L'adénolymphite mésentérique est le principal diagnostic différentiel de l'appendicite aigue chez l'enfant. Ce sont des adénopathies profondes faisant suite à une virose. • La diverticulite sigmoïdienne donne une douleur en fosse iliaque gauche. • La poussée de maladie de Crohn peut donner ce tableau dans le cadre d'une iléite. • L'appendagite épiploïque primitive regroupe les torsions et les inflammations primitives des franges épiploïques, pouvant mimer une appendicite aigue •
	B -	V	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	0.5	
	E -	V	0.5	
	F -	F	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • C'est une maladie héréditaire autosomique récessive. • La douleur est diffuse dans tout l'abdomen. • La présence d'une défense et parfois d'une contracture abdominale mime une urgence chirurgicale et explique de fréquentes laparotomies blanches.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Dans le cas d'une pancréatite aigüe et d'une appendicite, l'échographie sera faite avant le TDM. • En cas d'hernie inguinale étranglée, l'urgence est à la chirurgie. Il ne faut pas faire d'imagerie avant de partir au bloc.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • C'est l'hypercalcémie qui donne des douleurs abdominales classiquement. • Il faut toujours penser à la décompensation diabétique et aux troubles endocriniens devant une douleur abdominale aigue.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La douleur est d'apparition brutale, avec des paroxysmes de douleur sur fond continu. • Il n'y a pas de position antalgique. Le « chien de fusil » est décrit pour les douleurs d'origine pancréatiques.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Il touche le plus souvent les enfants, mais il y a de rares cas de PR chez l'adulte. • C'est une vascularite à IgA.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : AC** • L'occlusion étant haut située, les vomissements sont précoces. L'arrêt des matières et gaz sera tardif car le transit sera conservé. • L'ASP n'a plus d'indication dans les syndromes occlusifs. Le TDM l'a remplacé dans cette indication.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Bien connaître la sémiologie des syndromes douloureux abdominaux.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM	Item	V/F	Points	Commentaire
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : AB**
	B -	V	1	• L'aéroportie est la présence de gaz dans le système porte, traduisant le plus souvent une ischémie mésentérique avancée.
	C -	F	1	• Elle peut aussi compliquer un sepsis colique.
	D -	F	1	• A ne pas confondre avec l'aérobilie qui est la présence de gaz dans les voies biliaires.
	E -	F	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABDEF**
	B -	V	1	• La pneumopathie est à rechercher devant toute douleur abdominale de l'enfant.
	C -	F	0.5	• La découverte de diabète de type 1 sur une acidocétose est une cause à rechercher en urgence.
	D -	V	1	• Les poussées de drépanocytose peuvent donner des douleurs abdominales très intenses résistant aux antalgiques.
	E -	V	1	
	F -	V	0.5	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Le bilan hépatique et l'échographie abdominale recherchent une cause biliaire à la pancréatite aigüe.
	C -	V	1	• La lipasémie pose le diagnostic positif si elle est > 3N. L'amylasémie n'a pas à être prescrite pour une pancréatite aigüe.
	D -	F	1	• Le TDM abdominal sera réalisé en deuxième intention pour le score pronostic et la recherche de complications.
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ABDE**
	B -	V	1	• L'appendicite aigue pelvienne donne des douleurs hypogastriques.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ABDGH**
	B -	V	0.5	• Devant la présence de ces signes d'alarme, il faut faire des investigations à la recherché d'une pathologie organique grave.
	C -	F	0.5	• L'hémoptysie est une expectoration de sang, sans rapport direct avec une maladie touche la sphère digestive. La présence de méléna, de rectorragies et/ou d'hématémèse est un signe d'alarme.
	D -	V	1	• L'aggravation des symptômes avec le stress et l'amélioration avec les loisirs est plus en faveur d'un trouble fonctionnel intestinal (TFI). Chez un patient présentant un TFI, il faut rechercher une modification récente des symptômes. Dans ce cas, il faudra réaliser de nouvelles explorations.
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	V	0.5	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ABCD**
	B -	V	1	• Il faut se méfier des variantes anatomiques de l'appendicite aigue avec des douleurs atypiques : - appendicite méso-coeliaque - rétro- caecale. - pelvienne. - sous-hépatique.
	C -	V	1	• Le signe de Bloomberg est une douleur à la décompression de l'abdomen. Il traduit une irritation péritonéale.
	D -	V	1	• L'examen à réaliser en première intention devant un tableau d'appendicite aigue non compliquée est l'échographie abdominale moins invasive et moins couteuse que le TDM.
	E -	F	1	• Elle permet de poser le diagnostic positif, les complications éventuelles.
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABCDF**
	B -	V	1	• L'appendicite aigue sous hépatique peut mimer une douleur d'origine biliaire.
	C -	V	1	• La cirrhose éthylique non compliquée ne donne pas de douleurs abdominales.
	D -	V	0.5	
	E -	F	0.5	
	F -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : AE**
	B -	F	1	• Le syndrome de Koenig est le témoin d'une occlusion incomplète par obstruction siégeant sur l'intestin grêle. Le patient présente des douleurs abdominales migratrices, aboutissant toujours au même point, cédant brutalement avec une sensation de gargouillement.
	C -	F	1	• Le cancer du côlon et la recto-colite ulcéro-hémorragique ne sont pas situés sur le grêle.
	D -	F	1	• L'occlusion du grêle par volvulus n'est pas un mécanisme par obstruction , mais par strangulation.
	E -	V	1	

QCM 19	A -	F	0.5	**Réponse : CEH**
	B -	F	0.5	• Il n'y a plus d'indication de l'ASP dans les syndromes occlusifs ou dans les syndromes douloureux abdominaux aigus.
	C -	V	1	• Pour la colique néphrétique, il faut préférer le TDM sans injection au couple ASP-échographie, qui reste possible en cas d'indisponibilité du TDM.
	D -	F	0.5	• L'ASP est indiqué en cas de constipation uniquement chez le sujet âgé et le patient psychiatrique.
	E -	V	0.5	• Il est aussi indiqué en cas d'ingestion de corps étranger, sauf si la localisation est dans la sphère ORL.
	F -	F	0.5	
	G -	F	0.5	
	H -	V	1	
QCM 20	A -	F	0.5	**Réponse : BCDE**
	B -	V	1	• C'est un tableau de douleur abdominale brutale, maximale d'emblée, non calmée.
	C -	V	1	• Le terrain est celui d'un patient polyvasculaire.
	D -	V	1	• Les lactates élevés sont un élément majeur du pronostic, traduisant une souffrance pariétale.
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Insuffisance surrénale aigue	1	C'est une urgence médicale. Il faut y penser devant une douleur abdominale aigue diffuse sans défense chez un patient sous corticothérapie au long cours. Il faut rechercher une rupture de traitement.
QROC 2	• Béta-HCG	1	Chez une femme en âge de procréer, c'est le premier examen à réaliser dans ce contexte de douleur abdominale pour éliminer une grossesse extra-utérine.
QROC 3	• Scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste.	1	L'ASP n'est plus indiqué dans cette situation. Avant l'injection, penser à vérifier la fonction rénale, d'autant que les patients sont souvent d déshydratés. (vomissements, 3ème secteur)
QROC 4	• Lithiase de la voie biliaire principale obstruant le Wirsung. • Alcoolique	1+1	Il existe des causes tumorales bénignes et malignes plus rares. Une échographie abdominale centrée sur les voies biliaires recherche une lithiase, pour orienter la prise en charge thérapeutique.
QROC 5	• Purpura rhumatoïde	2	A évoquer devant le terrain, les douleurs abdominales et le purpura vasculaire. Il faut suivre l'enfant sur le plan rénal sur le long terme.
QROC 6	• La bandelette urinaire	1	Elle doit être faite chez tout malade ayant une douleur abdominale aigue. Elle recherche une hématurie orientant vers une cause urologique. Une glycosurie peut orienter vers une décompensation diabétique.
QROC 7	• Hémorragie intra-kystique/ intra-péritonéale • Rupture de KO • Torsion de KO	1+1 +1	La rupture de KO se traduit par une violente douleur abdominale avec disparition de la masse abdominale. La torsion de KO retrouve la masse ovarienne à l'échographie. La prise en charge est chirurgicale en urgence.
QROC 8	• Aucun	1	Aucun examen complémentaire ne doit retarder la mise en route du traitement. C'est une urgence thérapeutique.
QROC 9	• Intoxication au plomb	2	Il faut y penser chez un patient exposé au plomb (métier, conditions de logement). Les symptômes sont multiples et aspécifiques : colites de plomb, atteinte du système nerveux, insuffisance rénale chronique et anémie.
QROC 10	• Douleur rythmée par les repas • Calmée par l'alimentation • Crampes épigastriques	1+1 +1	Il est important de bien connaître la sémiologie des douleurs abdominales.
QROC 11	• Rupture d'anévrysme de l'aorte abdominale.	2	C'est une urgence chirurgicale vasculaire.

QROC 12	• Douleur à l'hypochondre droit. • Fièvre. • Ictère.	1+1 +1	En cas de cholécystite, il n'y a pas d'ictère pas de cytolyse hépatique à la biologie. Il faut réaliser une échographie abdominale à la recherche d'une lithiase de la voie biliaire principale.
QROC 13	• Glycémie capillaire • Bandelette urinaire	1+1	En cas d'acidocétose diabétique, la glycémie capillaire est supérieure à 2.5g/L. La bandelette urinaire montre une cétonurie et une glycosurie importante.
QROC 14	• Sonde à demeure • Cathétérisme sus-pubien	2 2	Il faudra préférer le sondage en cas de prise d'AVK ou troubles de la coagulation. Il faudra préférer le cathétérisme sus-pubien en cas de prostatite ou traumatisme de l'urètre.
QROC 15	• Hématome du psoas droit	1	La prise d'AINS avec les AVK a entraîné un surdosage en AVK ayant favorisé la survenue de l'hématome. La localisation de la douleur, le terrain et le psoïtis doivent faire évoquer ce diagnostic.
QROC 16	• Echographie abdominale	2	L'échographie abdominale visualise bien le foie et la vésicule biliaire. C'est un examen non irradiant et peu coûteux à privilégier en première intention.
QROC 17	• Rétention aigue d'urine.	1	Favorisée par la période post-opératoire, la prise probable de dérivés morphiniques.
QROC 18	• Pneumopathie franche lobaire aigue.	2	Chez l'enfant, les causes de douleur abdominales spécfiques sont : - Chirurgicales : invagination intestinale aigue, hernie étranglée, appendicite/ péritonite, adénolymphite mésentérique. - Médicales : allergie aux protéines de lait de vache. - Extra-digestives : Purpura rhumatoïde, PFLA, infection ORL.
QROC 19	3 parmi : • Acidocétose diabétique. • Insuffisance surrénale aigue. • Hypercalcémie. • Hyperthyroïdie. • Porphyrie. • Intoxication au plomb.	1 1 1	Il faut bien rechercher ces causes à l'examen clinique et complémentaire. Le traitement est le plus souvent une urgence médicale.
QROC 20	3 parmi : • Météorisme. • Nausées / Vomissements. • Arrêt des matières et gaz. • Douleurs abdominales.	1 1 1	Pour le diagnostic étiologique, il ne faudra pas oublier : - la palpation des cicatrices et orifices herniaires. - le toucher rectal.
		/40	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Toujours penser à une urgence chirurgicale devant une douleur abdominale aigue. • Données de l'examen physique obligatoires : - inspection à la recherche d'une cicatrice abdominale - palpation à la recherche d'une défense, contracture. Palpation des orifices herniaires. - toucher rectal • Toujours faire une BU, ECG et béta-HCG.
Définition	La douleur abdominale aigue peut avoir différentes origines : • Chirurgicale digestive • Médicale digestive • Extra-digestive et douleurs projetées
Etiologies	A connaître quadrant par quadrant : • Hypochondre droit - Causes hépatobiliaires. - Ulcère perforé. - Appendicite sous-hépatique. - Causes pulmonaires et urinaires. • Hypochondre gauche - Cause splénique, queue du pancréas. -Diverticulite de l'angle gauche. - Ulcère gastrique, gastrite. • Epigastre - Syndrome ulcéreux. - Pancréatite aigüe, affection biliaire. - Appendicite aigue dans les premières heures. - Affection cardiaque, pulmonaire, aortique. • Fosse iliaque droite - Appendicite, diverticule de Meckel, diverticulite du colon droit, hernie. - GEU, torsion d'annexe. - Anévrysme artériel iliaque. - Adénolymphite mésentérique, appendagite, iléite, MICI. - Salpingite, kyste ovarien, causes urinaires. - Hématome ou abcès du psoas. • Fosse iliaque gauche - Sigmoïdite diverticulaire, colite, cancer du côlon occlus ou infecté, fécalome. - Causes gynécologiques, urinaires, aortiques et psoas. • Hypogastrique - Causes gynécologiques, urinaires. - Occlusion digestive basse, sigmoïdite diverticulaire. - Appendicite pelvienne. • **Non systématisé** - Causes endocriniennes : insuffisance surrénalienne, hypercalcémie, acidocétose diabétique. - Maladie périodique, porphyries, drépanocytose. - Purpura rhumatoïde, intoxication au plomb.

Clinique	• Syndrome ulcéreux Crampe épigastrique rythmée par les repas, calmée par la prise alimentaire, évoluant par poussées de 3-4 semaines • Douleur pancréatique Douleur épigastrique transfixiante, avec un début brutal en coup de poignard. Déclenchée par un repas gras ou la prise d'alcool, calmée par l'antéflexion / « chien de fusil ». • Colique hépatique Crampe de l'hypochondre droit irradiant à l'omoplate droite, aggravée par l'inspiration profonde et la toux. Pas de position antalgique. Signe de Murphy. • Colique néphrétique Douleur des flancs irradiant dans les organes génitaux externes et la racine des cuisses. Associée à une grande agitation, un iléus réflexe et hématurie.
Examens complémentaires	• Imagerie : Echographie abdominale : pour les enfants, les suspicions d'appendicite, les pathologies hépato-biliaires. TDM injecté à préférer en cas d'urgence chirurgicale suspectée. ASP : seulement si ingestion de corps étranger, constipation chez la personne âgée/psychiatrique. • Biologie : bêta HCG, lipasémie bilan des complications : iono, fonction rénale
Traitement	Traitement étiologique ++ - chirurgical - médical

UE questions isolées — Item 268

1 Enoncé

QCM 1	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risque de RGO ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A - Surcharge pondérale. B - Défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage. C - Hernie hiatale par glissement. D - Toux chronique. E - Hernie hiatale par roulement. F - Tabagisme.	
QCM 2	**Quel examen de première intention proposez-vous à un patient de 45 ans ayant un RGO depuis 5 ans, qui présente un taux d'hémoglobine à 70g/L ? (1 réponse)**
A - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale. B - PH-métrie des 24 heures. C - Transit oeso-gastro-duodénal. D - Vidéocapsule. E - Aucun	
QCM 3	**A propos de l'endobrachyoesophage : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - C'est une zone de métaplasie de l'œsophage distal liée au RGO non traité. B - Il est aussi appelé œsophage de Barrett. C - Il est symptomatique dès le stade initial de son développement. D - Il peut se compliquer de dysplasie, puis de carcinome épidermoïde de l'œsophage. E - Un suivi régulier comportant des biopsies étagées multiples est recommandé.	
QCM 4	**Parmi ces propositions, lesquelles sont associées à un RGO compliqué ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Régurgitations acides. B - Dysphagie. C - Hématémèse. D - Pyrosis. E - Altération de l'état général.	
QCM 5	**A propos de la pH métrie des 24 heures : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - C'est une analyse morphologique permettant de porter le diagnostic positif de RGO. B - Elle permet de quantifier l'exposition acide de l'œsophage. C - Elle est utilisée en cas de manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO. D - Elle permet d'analyser la corrélation entre les symptômes et les épisodes de RGO. E - Elle est nécessaire pour poser le diagnostic de RGO.	
QCM 6	**Concernant le traitement d'une œsophagite peu sévère, (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Les règles hygiéno-diététiques sont au premier plan. B - Le traitement de cicatrisation est : IPP demi dose pendant 4 semaines. C - Le traitement de cicatrisation est : IPP pleine dose pendant 4 semaines. D - Le traitement préventif est : IPP pleine dose au long cours. E - Le traitement préventif est : IPP dose minimale efficace en cas de rechutes fréquentes.	

QCM 7	Un homme de 45 ans consulte pour pyrosis et remontées acides aggravés par la position penchée en avant. Ces symptômes le gênent moins d'une fois par semaine. Quels examens complémentaires sont nécessaires avant la mise en route d'un traitement ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale.
B - PH-métrie des 24 heures.
C - Transit oeso-gastro duodénal.
D - Vidéocapsule.
E - Aucun

QCM 8	Quel traitement allez-vous lui proposer? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Réduction pondérale en cas de surcharge.
B - Sevrage tabagique.
C - Inhibiteurs de la pompe à proton à ½ dose pendant 4 semaines.
D - Inhibiteurs de la pompe à proton pleine dose pendant 4 semaines.
E - Antiacides.

QCM 9	A propos de l'endoscopie oeso-gastro-duodénale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic de RGO.
B - C'est l'examen de première intention en cas de signes d'alarmes chez un patient ayant un RGO.
C - Elle permet de stadifier la gravité de l'œsophagite.
D - Elle fait partie du bilan de toux chronique si une cause simple n'a pas été retrouvée.
E - Elle permet de faire des biopsies en cas de lésion suspecte.

QCM 10	En cas de RGO résistant aux IPP, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut faire une manométrie œsophagienne.
B - En cas de reflux persistant sous IPP objective, on peut augmenter la dose d'IPP.
C - En cas de persistance malgré l'adaptation du traitement médical, un traitement chirurgical peut-être proposé.
D - Il peut s'agir d'un RGO non acide.
E - Il peut d'agir d'un RGO acide persistant sous traitement.

QCM 11	En cas d'œsophagite sévère, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement de cicatrisation comporte des IPP pleine dose pendant 4 semaines.
B - Le traitement de cicatrisation comprend des IPP pleine dose pendant 8 semaines.
C - Le traitement de cicatrisation comprend des IPP demi dose pendant 4 semaines.
D - Le traitement préventif comprend des IPP demi dose au long cours.
E - Le traitement préventif comprend des IPP dose minimale efficace au long cours.

QCM 12	A propos des complications du RGO : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un endo-brachy œsophage nécessite un traitement par IPP demi dose au long cours.
B - Un endo-brachy œsophage nécessite un traitement par antiacides au long cours.
C - Un endo-brachy œsophage nécessite un traitement chirurgical pour prévenir le risque de dysplasie.
D - Un endo-brachy œsophage asymptomatique ne nécessite pas de traitement par IPP au long cours.
E - Un endo-brachy œsophage nécessite un suivi endoscopique et histologique au long cours.

QCM 13	A propos de la manométrie œsophagienne : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle peut mesurer les pressions du sphincter inférieur de l'œsophage.
B - Elle est recommandée pour le bilan initial d'un RGO pour rechercher les facteurs de risque.
C - Elle permet d'objectiver le RGO.
D - Elle permet d'identifier des troubles du péristaltisme œsophagien pouvant expliquer le RGO.
E - Elle est recommandée avant un traitement chirurgical du RGO.

QCM 14	Quel traitement proposez-vous à un patient ayant un RGO avec des rechutes fréquentes et précoces après un traitement efficace par des IPP ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Règles hygiéno-diététiques.
B - IPP demi-dose au long cours.
C - Antiacides au long cours.
D - IPP à la dose minimale efficace au long cours.
E - Traitement chirurgical.

QCM 15	A propos des complications du RGO : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La sténose peptique peut entraîner une dysphagie.
B - La sténose peptique nécessite un traitement par IPP à pleine dose au long cours.
C - En cas de dysphagie, une dilatation endoscopique peut-être proposée.
D - En cas d'œsophagite, un traitement par IPP est recommandé.
E - Un traitement chirurgical est indiqué en cas de lésions d'œsophagite.

QCM 16	Parmi ces propositions, lesquelles sont des indications de traitement chirurgical ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - RGO compliqué d'un endo-brachy œsophage.
B - RGO très amélioré par le traitement médical avec des récidives après l'arrêt.
C - Patient présentant un RGO acide avec des régurgitations persistantes gênantes.
D - Patient ayant une volumineuse hernie hiatale.
E - Patient chez qui la persistance d'un reflux anormal sous traitement a été documentée.

QCM 17	Parmi ces propositions, lesquelles caractérisent un RGO pathologique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Hématémèse.
B - Dysphagie.
C - Altération de l'état général.
D - Pyrosis.
E - Régurgitations acides.

QCM 18	Lesquels de ces symptômes doivent faire évoquer un RGO compliqué du nourrisson? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Stagnation pondérale.
B - Vomissements douloureux.
C - Pleurs per-prandiaux.
D - Vomissements sanglants.
E - Infections ORL à répétition.

QCM 19	Parmi ces propositions, quel traitement proposez-vous en première intention chez un nourrisson de 2 mois présentant des régurgitations sans signe de complication ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Rassurance parentale.
B - Epaissir les biberons avec du lait anti-reflux.
C - Position proclive à 30°.
D - Antiacides
E - Inhibiteurs de la pompe à protons.

QCM 20	A propos du RGO de l'enfant, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut proposer une PH-métrie des 24 heures, même en cas de symptomatologie typique, pour poser le diagnostic.
B - Il faut contrôler par PH-métrie la disparition du RGO, même si elle répond bien au traitement médical.
C - La fibroscopie oeso-gastro-duodénale n'est jamais prescrite chez l'enfant.
D - Le traitement chirurgical est réservé à des formes très sévères et reste exceptionnel.
E - Les enfants ne sont pas systématiquement traités par IPP.

QROC 1	Quel est le nom de la brûlure rétrosternale ascendante associée au RGO ? (1mot)
QROC 2	Quel type d'hernie est associé au RGO ? (1 mot)
QROC 3	Quel examen prescrire en cas de RGO résistant aux IPP ? (1 mot)
QROC 4	Citez 3 manifestations extra-digestives pouvant-être dues au RGO ? Texte libre (3 mots)
QROC 5	Comment poser le diagnostic de RGO en cas de manifestation extra-digestive ? (1 mot)
QROC 6	Citez 3 complications digestives du RGO. (3 mots)
QROC 7	Quel est le traitement médicamenteux d'un RGO compliqué d'une œsophagite sévère ? (1 à 3 mots)
QROC 8	Donner 3 signes d'alarme faisant suspecter un RGO compliqué ? (3 mots)
QROC 9	Quel examen pratiquer en cas de RGO compliqué ? (1 mot)
QROC 10	Quel traitement médicamenteux est nécessaire chez tout patient présentant un EBO ? (1 mot)
QROC 11	Quels sont les deux principaux types histologiques de cancers de l'œsophage ? (2 mots)
QROC 12	Lequel est lié au RGO ? (1 mot)
QROC 13	Quel(s) examen(s) proposez-vous chez un patient de 55 ans présentant des régurgitations avec pyrosis plus d'une fois par semaine, aggravé par la position penchée en avant ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 14	Quel traitement médicamenteux proposerez-vous alors ? (1 mot)
QROC 15	Quel traitement médicamenteux auriez-vous prescrit en cas de symptômes rares (< 1/semaine) ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 16	Citer 3 règles hygiéno-diététiques importantes dans le RGO ? (3 mots)
QROC 17	Quelle stratégie médicamenteuse proposer en cas de RGO résistant aux IPP ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 18	Quel est l'examen de référence pour faire le diagnostic de RGO chez un enfant souffrant de toux chronique ? (1 mot)

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABCD**
	B -	V	1	• La surcharge pondérale et la toux chronique par le mécanisme d'hyperpression abdominale.
	C -	V	1	• Les épisodes de RGO s'observent pendant les relaxations transitoires du RGO.
	D -	V	1	• La hernie hiatale par glissement peut-être associée à un RGO, mais elle n'est ni nécessaire, ni suffisante pour l'expliquer.
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : A**
	B -	F	1	• C'est l'examen de première intention chez un patient de plus de 50 ans ou présentant des signes d'alarme.
	C -	F	1	• Il recherche une complication du RGO : œsophagite, sténose oesophagienne, endo-brachy-œsophage.
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• C'est le remplacement de l'épithélium malpighien normal en épithélium intestinal.
	C -	F	1	• Il est souvent longtemps asymptomatique, avec une découverte tardive au stade des complications : ulcère au sein de l'EBO, adénocarcinome de l'œsophage.
	D -	F	1	• Le carcinome épidermoïde de l'œsophage atteint le plus souvent le 1/3 supérieur et est lié à la consommation éthylo-tabagique.
	E -	V	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Les régurgitations acides et le pyrosis sont des signes pathognomoniques du RGO.
	C -	V	1	• Il faut suspecter une complication en cas d'hématémèse, dysphagie et altération de l'état général : sténose œsophagienne, tumeur.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	F	1	**Réponse : BCD**
	B -	V	1	• C'est une analyse fonctionnelle et non morphologique.
	C -	V	1	• Le diagnostic du RGO typique est clinique : pyrosis, régurgitations acides, syndrome postural.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BE**
	B -	V	1	• En cas d'œsophagite, la priorité est à la cicatrisation.
	C -	F	1	• Les règles hygiéno-diététiques permettent la prévention des récidives, associées aux IPP à dose minimale efficace.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : E**
	B -	F	1	• Aucun examen complémentaire n'est nécessaire chez un patient de moins de 50 ans présentant des symptômes typiques, en l'absence de signes d'alarme (hématémèse, altération de l'état général, dysphagie, anémie).
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• Les règles hygiéno-diététiques sont primordiales dans le traitement du RGO.
	C -	F	1	• En cas de symptômes peu fréquents (moins d'une fois par semaine), les IPP ne sont pas recommandés en première intention.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Le diagnostic d'un RGO typique avant 50 ans est clinique: pyrosis et régurgitations acides aggravés par la position penchée en avant (signe du lacet). En cas de bilan de toux chronique négatif, la PH-métrie des 24heures sera préférée à la FOGD.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : BCDE**
	B -	V	1	• Non, c'est l'impédancemétrie œsophagienne qui identifie les RGO non acides. La manométrie ne mesure que des pressions œsophagiennes.
	C -	V	1	• Le traitement repose sur l'augmentation des doses d'IPP et/ou l'ajout d'un antiacide. Un traitement chirurgical peut-être proposé en cas d'échec.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• D'après les recommandations de l'AFSSAPS de 2007.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 12	A -	F	1	**Réponse : DE** • Seul l'EBO symptomatique ou associé à une œsophagite nécessite un traitement par IPP. • Les anti-sécrétoires au long cours et la chirurgie ne préviennent pas la survenue de dysplasie puis d'un cancer. • Il faut dans tous les cas prévoir un suivi endoscopique avec biopsies au long cours.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ADE** • La manométrie n'objective pas le RGO, elle ne fait que mesurer les pressions dans l'œsophage. • Elle permet de trouver les facteurs favorisants du RGO.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AD** • Les règles hygiéno-diététiques sont une part importante du traitement : - réduction pondérale. - sevrage tabagique et éthylique. - respecter 3 heures entre le diner et le coucher. - surélévation de 45°de la tête de lit.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • Le traitement chirurgical est indiqué chez les patients ayant un RGO acide: - nécessitant un traitement au long cours par IPP. - ayant une volumineuse hernie hiatale. - présentant une gêne à cause de régurgitations persistantes. - chez qui la persistance d'un reflux anormal sous traitement a été documentée.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • Ce sont les 4 indications du traitement chirurgical. • La chirurgie ne diminue pas le risque de dysplasie ou de cancer sur un EBO. Le suivi endoscopique et histologique est nécessaire au long cours.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Le RGO pathologique est défini comme un RGO avec des symptômes et/ou des lésions muqueuses.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • La stagnation pondérale doit faire rechercher une malabsorption associée. • Les infections ORL sont une manifestation extra-digestive du RGO. • le RGO peut se compliquer : - d'œsophagite, - d'hémorragie digestive, - de stagnation pondérale - de sténose peptique (rare).
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : A** • C'est une question tombée à l'ECN. • En première intention pour un RGO non compliqué chez un enfant n'ayant pas acquis la station assise, il faut rassurer les parents. Le RGO est physiologique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : DE** • La PH-métrie n'a pas lieu d'être prescrite pour poser le diagnostic dans un cas typique. Elle est réservée au diagnostic des formes extra-digestives. • La FOGD est prescrite en cas de suspicion d'œsophagite, et de mauvais développement staturo-pondéral. •
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Pyrosis	1	Bien connaître le vocabulaire sémiologique.
QROC 2	• Hernie hiatale par glissement	1	Attention, la hernie hiatale n'est ni suffisante, ni nécessaire pour porter le diagnostic de RGO. Celui-ci reste clinique.
QROC 3	• Impédancemétrie œsophagienne	3	Cet examen fonctionnel permet d'objectiver un reflux non acide.
QROC 4	• Toux chronique • Caries à répétition • Laryngite postérieure (ou 3 autres de la liste)	1+1 +1	Le RGO peut d'accompagner de manifestations extra-digestives : - pulmonaires (toux chronique, dyspnée asthmatiforme) - ORL (enrouement, laryngite, caries, otalgies) - cardiaques (douleur thoraciques)
QROC 5	• pH métrie des 24 heures	1	Cet examen mesure l'acidité dans l'œsophage et la corrélation entre reflux et symptômes. Il n'est pas utile dans le cadre d'un RGO typique non compliqué : diagnostic clinique.
QROC 6	• Sténose peptique / • Œsophagite • Endo-brachy-œsophage/ Dysplasie / Adénocarcinome de l'œsophage.	1+1 +1	Ce sont les 3 complications classiques du RGO à rechercher devant tout signe d'alarme. La FOGD recherche ces complications.
QROC 7	• IPP pleine dose pendant 8 semaines. • IPP dose minimale efficace au long cours en prévention des récidives.	1+1	Les récidives à l'arrêt du traitement sont d'autant plus fréquentes que l'œsophagite était sévère.
QROC 8	• Anémie / Hématémèse • Dysphagie • Amaigrissement / Altération de l'état général	1+1 +1	Ces signes doivent faire prescrire une FOGD à la recherche d'une complication.
QROC 9	• Fibroscopie oeso-gastro-duodénale.	1	La FODG recherche une complication : - Œsophagite. - Sténose peptique. - Métaplasie / Dysplasie / Dégénérescence en adénocarcinome.
QROC 10	• Aucun	1	• Le traitement par IPP n'est indiqué qu'en cas de RGO symptomatique ou d'œsophagite associée à l'EBO. • Le traitement par IPP et la chirurgie ne préviennent pas le risque d'évolution vers une dysplasie puis un cancer. • La seule règle est le suivi au long cours.
QROC 11	• Carcinome épidermoïde. • Adénocarcinome	1+1	Ce sont les deux principaux cancers de l'œsophage. Ils ont des facteurs de risque bien différents.

QROC 12	• Adénocarcinome	1	Ce type histologique est lié à un RGO chronique non traité. Il intéresse le plus souvent le 1/3 distal de l'œsophage.
QROC 13	• Fibroscopie oeso-gastro-duodénale • Tout autre examen	1 0 à la question	• La FOGD est indiquée car le patient a plus de 50 ans. • La PH-métrie des 24 heures et tout autre examen ne sont d'aucune utilité dans ce cas.
QROC 14	• IPP demi-dose pendant 4 semaines	1	Il n'y a pas de traitement préventif sauf en cas de rechutes.
QROC 15	• Antiacides ou alginates	1	• En cas de symptômes peu fréquents, il n'y a pas besoin de prescrire des IPP. • Un traitement par antiacides ou alginates suffit.
QROC 16	3 parmi : -Réduction pondérale -Sevrage éthylo-tabagique -Surélévation de la tête de lit de 45° -Respect de 3 heures entre le diner et le coucher	1+1+1	Les règles hygiéno-diététiques sont aussi importantes que le traitement médicamenteux, notamment dans les RGO non compliqués.
QROC 17	• Augmentation des doses d'IPP • Association à un antiacide	1	En cas de nouvel échec, un traitement chirurgical par fundoplicature peut-être proposé.
QROC 18	• PH-métrie des 24 heures	1	C'est l'examen de référence pour faire le diagnostic des formes extra-digestives de RGO.
		/30	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas de traitement par IPP en systématique pour tous les RGO. • Le diagnostic est clinique en cas de RGO typique. • Une FOGD doit être réalisée à la recherche de complications en cas de signes d'alarme.
Définition	Le RGO est le passage du contenu gastrique dans l'œsophage, à travers le cardia, sans effort de vomissements. Il peut-être physiologique chez la plupart des sujets. Il devient pathologique en cas de symptômes et/ou de lésions muqueuses.
Facteurs favorisants	• Défaillance du sphincter inférieur de l'œsophage. • Hyperpression abdominale : surcharge pondérale, toux chronique). • Stase gastrique. • Hernie hiatale par glissement.
Clinique	Pyrosis : brûlure rétrosternale ascendante. Régurgitations acides. Syndrome postural : signe de lacet. Signes extra-digestifs : - pulmonaires : toux, dyspnée asthmatiforme. - ORL : enrouement, laryngite postérieure, otalgie, gingivites. - Troubles du sommeil : micro-éveils - Douleurs thoraciques pseudo-angineuses. Signes d'alarme : -Anémie, hémorragie digestive. - Altération de l'état général, amaigrissement. - Dysphagie
Examens complémentaires	• **Aucun** en cas de diagnostic clinique typique : syndrome postural et pyrosis ou régurgitations acides. • **FOGD** en cas de signes d'alarme, d'un début après 50 ans, à la recherche de complications. • **pH métrie des 24 heures** en cas de symptômes atypiques ou extra-digestifs pour faire le diagnostic de certitude. • **L'impédancemétrie œsophagienne** en cas de RGO résistant au traitement, recherche un reflux non acide. • **Manométrie œsophagienne** en pré-opératoire.
Traitement	- Aucun chez le nourrisson n'ayant pas acquis l'âge de la marche et présentant un RGO typique non compliqué. - Recommandations hygiéno-diététiques dans tous les cas : Réduction pondérale Sevrage tabagique et éthylique Surélévation de la tête de lit de 45° Respecter 3 heures entre le diner et le coucher. - En cas de RGO non compliqué : Antiacides ou alginates en cas de symptômes < 1/ semaine. IPP demi dose pour 4 semaines en cas de symptômes > 1/ semaine Puis traitement à la demande à long terme ou dose minimale efficace (DME) au long cours en cas de rechutes fréquentes. - RGO compliqué : Œsophagite peu sévère= IPP demi dose x 4 semaines puis DME si rechutes. Œsophagite sévère = IPP pleine dose x 8 semaines puis DME au long cours. Sténose peptique= IPP pleine dose en continu + dilatation endoscopique. Endo-brachy-œsophage= Suivi endoscopique et histologique. IPP seulement si symptômes. - Chirurgie = fundoplicature de Nilssen RGO avec rechutes sans traitement nécessitant des IPP au long cours. Volumineuse hernie hiatale. Persistance d'un reflux anormal sous traitement par IPP. Persistance de gêne avec régurgitations régulières.
Complications	• Œsophagite sévère ou non • Sténose peptique • EBO puis dysplasie et cancérisation : adénocarcinome du bas œsophage.

UE questions isolées

1 Enoncé

QCM 1	A propos de l'ulcère gastro-duodénal : (Jusqu'à 6 réponses)
A -	C'est une perte de substance atteignant la sous-muqueuse.
B -	C'est une perte de substance atteignant la muqueuse.
C -	C'est une perte de substance atteignant la musculeuse.
D -	Les mécanismes de protection de la barrière muqueuse contre l'agression acide est inhibée par les prostaglandines.
E -	La prise d'AINS peut altérer les mécanismes de défense contre l'ulcère.
F -	Une infection par *Helicobacter pylori* peut altérer les mécanismes de défense contre l'ulcère.
QCM 2	**Le syndrome ulcéreux typique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	La douleur est une crampe épigastrique.
B -	Elle est rythmée par les repas.
C -	Elle est calmée par l'alimentation.
D -	La position antalgique est la position penchée en avant.
E -	L'évolution est continue sans période de rémissions, jusqu'au traitement.
QCM 3	**Concernant les complications de l'UGD : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	L'hémorragie digestive est la complication la plus fréquente.
B -	La sténose gastrique donne un tableau de syndrome occlusif haut avec arrêt des matières et gaz précoce et vomissements tardifs.
C -	La perforation ulcéreuse peut, dans certains cas, être traitée médicalement.
D -	Les ulcères duodénaux se transforment en adénocarcinome.
E -	L'adénocarcinome de l'estomac peut faire son lit sur un ulcère préalablement bénin, ou sur la muqueuse gastrique atrophiée par une gastrite chronique *à H. pylori*.
QCM 4	**Lesquelles de ces affections peuvent-être à l'origine d'un ulcère gastrique ? (Jusqu'à 8 réponses)**
A -	Infection par H. pylori.
B -	Prise d'AINS seuls.
C -	Prise de corticoïdes seuls.
D -	Syndrome de Zollinger-Ellison.
E -	Adénocarcinome gastrique.
F -	Lymphome du MALT.
G -	Maladie de Crohn.
H -	Stress psychologique.
QCM 5	**Concernant la gastrite chronique auto-immune : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Elle peut entraîner une anémie.
B -	Elle se présente comme une atrophie fundique et un infiltrat lymphoplasmocytaire du corps.
C -	Le traitement de la maladie de Biermer est : une supplémentation en vitB12 per os.
D -	Elle est fréquemment associée à d'autres maladies auto-immunes.
E -	Il y a un risque d'adénocarcinome gastrique et de tumeurs endocrines.
QCM 6	**A propos de la physiopathologie des ulcères : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Les AINS agissent en inhibant la COX 1 et 2, ce qui diminue la synthèse de prostaglandine gastrique et duodénale et altère les mécanismes de défense.
B -	L'aspirine à dose anti-agrégrante a aussi un rôle ulcérogène.
C -	Le syndrome de Zollinger-Ellison est lié à une sécrétion tumorale de gastrine, entraînant une hypersécrétion acide.
D -	Les ulcères de stress sont une part importante des ulcères gastro-duodénaux, dans notre société actuelle.
E -	Les ulcères liés à la maladie de Crohn n'atteignent pas la muqueuse gastrique.

QCM 7	A propos des tests diagnostiques de l'infection à *H. pylori* : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Ils doivent être réalisés à distance de tout traitement anti-sécrétoire et antibiotique.
B - Les biopsies gastriques sont un test diagnostic direct.
C - La sérologie est un test de diagnostic indirect.
D - Le test respiratoire à l'urée marquée est un test de diagnostic direct.
E - Des cultures et/ou PCR peuvent-être réalisées sur les biopsies, en cas d'échec de l'éradication.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont justes concernant le traitement d'éradication *d'H. pylori* ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement séquentiel comporte : 10 jours d'IPP pleine dose x2/j en association avec de l'amoxicilline 2g/jour x5 jours puis métronidazole 1g/jours x 5 jours.
B - Le traitement séquentiel comporte : 10 jours d'IPP pleine dose 2 fois par jour avec 5 jours d'amoxicilline (2g/j) puis 5 jours de clarithromycine (1g/j).
C - Le traitement séquentiel comporte : 10 jours d'amoxicilline (2g/j) avec 5 jours d'IPP pleine dose (2 par jour) et 5 jours de clarithromycine (2g/j).
D - La quadrithérapie bismuthée peut-être prescrite aux patients allergiques à l'amoxicilline.
E - La quadrithérapie bismuthée est un traitement de 10 jours avec : bismuth + tétracycline +clarithromycine et IPP pleine dose

QCM 9	A propos de la sténose gastrique ulcéreuse : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La zone la plus fréquemment sténosée est le cardia.
B - Le traitement de première intention est médical et repose sur les IPP en IV.
C - La zone la plus fréquemment sténosée est la région pyloro-bulbaire.
D - Le traitement de première intention est la dilatation endoscopique au ballonnet.
E - Le traitement de première intention est chirurgical avec anastomose gastro-jéjunale.

QCM 10	A propos des gastrites aigues : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La gastrite aigue à *H. pylori* est le plus souvent asymptomatique.
B - L'analyse histologique de la biopsie montre un infiltrat lymphoplasmocytaire.
C - La gastrite à CMV atteint le plus souvent les sujets immunodéprimés.
D - La gastrite aigue à *H. pylori* évolue le plus souvent spontanément vers la guérison.
E - L'analyse histologique montre un infiltrat de PNN.

QCM 11	A propos *d'H. pylori* : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est un bacille gram positif.
B - Il est responsable d'une gastrite antrale aiguë évoluant le plus souvent vers la chronicité.
C - La transmission se fait par voie féco-orale.
D - La gastrite peut se compliquer d'ulcère, de lymphome et d'adénocarcinome gastrique.
E - La bactérie résiste à l'acidité gastrique grâce à son activité uréasique.

QCM 12	Concernant les complications de l'ulcère gastro-duodénal : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le risque d'hémorragie digestive haute est d'autant plus important que l'âge est > 65 ans.
B - Une hémorragie digestive haute aigue nécessite la réalisation d'une FOGD en urgence sur un patient stabilisé, afin de déterminer la cause du saignement et de réaliser un geste hémostatique.
C - La priorité devant un choc hémorragique d'origine digestive est la réalisation de la FOGD.
D - L'hémorragie digestive peut se traduire par une simple anémie par carence martiale.
E - Le saignement de l'ulcère peut se traduire par des rectorragies abondantes.

QCM 13	Le contrôle de l'éradication *d'H. pylori* après un UGD : (Jusqu'à 6 réponses)

A - Passe obligatoirement par une FOGD en cas d'ulcère gastrique.
B - Passe obligatoirement par une FOGD en cas d'ulcère duodénal.
C - Peut se faire avec le test respiratoire à l'urée en cas d'ulcère gastrique.
D - Peut se faire avec le test respiratoire à l'urée en cas d'ulcère duodénal.
E - N'est pas obligatoire si les symptômes ont disparu.
F - Doit se faire au minimum 4 semaines après l'arrêt des IPP et antibiotiques.

QCM 14	Parmi ces propositions, lesquelles sont des gastrites atrophiantes ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Gastrite à *H. pylori*.
B - Gastrite chronique lymphocytaire.
C - Gastrite chronique auto-immune.
D - Gastrite granulomateuse.
E - Gastrite à éosinophiles.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles sont à l'origine d'une gastropathie hypertrophique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Gastropathie d'hypertension portale.
B - Gastropathie du syndrome de Zollinger-Ellison.
C - Gastropathie radique.
D - Maladie de Ménétrier.
E - Gastropathie induite par les AINS.

QCM 16	Concernant l'endoscopie haute digestive : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle est souvent réalisée sous anesthésie générale, car mal tolérée.
B - En cas d'ulcère gastrique, 6 à 12 biopsies des berges de l'ulcère sont analysées.
C - En cas d'ulcère duodénal, 6 à 12 biopsies des berges de l'ulcère sont analysées.
D - Des biopsies antrales et fundiques sont toujours réalisées à la recherche *d'H. pylori* et d'une gastrite.
E - Les ulcères duodénaux sont le plus souvent localisés au niveau bulbaire.

QCM 17	Concernant la perforation d'UGD : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La perforation ulcéreuse est une cause de péritonite.
B - La douleur épigastrique est brutale en coup de poignard.
C - La perforation d'ulcère est favorisée par la prise d'AINS.
D - Une FOGD doit être réalisée en urgence.
E - Si un ASP était réalisé, il mettrait en évidence un pneumopéritoine.

QCM 18	En cas d'UGD induit par les AINS : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les AINS sont contre-indiqués à vie.
B - Le traitement de l'UGD repose sur les IPP dont la durée varie selon la localisation de l'ulcère.
C - La prescription des AINS reste possible sous couvert d'IPP.
D - En cas d'ulcère duodénal, un contrôle de la cicatrisation de l'ulcère par FOGD est obligatoire.
E - Un traitement par IPP est recommandé en prévention primaire lors de la prescription d'AINS en cas de prescription concomitante avec des corticoïdes.

QCM 19	A propos de la gastrite à *H. pylori* : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le diagnostic de gastrite repose sur l'aspect endoscopique.
B - La gastrite chronique à *H. pylori* peut évoluer vers un lymphome du MALT.
C - La gastrite chronique à *H. pylori* peut se compliquer d'un adénocarcinome gastrique.
D - La topographie de la gastrite est antrale ou pan-gastrique.
E - Le traitement repose sur l'éradication *d'H. pylori*.

QCM 20	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies pour la gastropathie d'hypertension portale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une gastrite chronique.
B - Des varices cardio-tubérositaires sont visibles à l'endoscopie.
C - Elle expose au risque d'adénocarcinome au long cours.
D - La muqueuse fundique a un aspect en mosaïque.
E - Le traitement repose sur les IPP au long cours.

QROC 1	Citez les 2 causes les plus fréquentes d'UGD. (2 mots)
QROC 2	Quel examen permet de faire le diagnostic positif d'ulcère gastro duodénal ? (1 mot)
QROC 3	Quels sont les 2 anti-infectieux utilisés dans le traitement séquentiel d'éradication d' *H. pylori ?* (2 mots)
QROC 4	Quelles zones faut-il biopsier en cas d'ulcère gastrique ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 5	Quelles sont les 3 molécules utilisées en plus des IPP dans la quadrithérapie bismuthée d'éradication d' *H. pylori ?* (3 mots)
QROC 6	Citez 3 complications de l'ulcère gastro-duodénal. (3 mots)
QROC 7	Comment contrôler l'éradication de l'*H. pylori* dans le cadre d'un ulcère gastrique ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 8	Quelles sont les 3 situations nécessitant la prescription d'un IPP avec les AINS ? (3 mots)
QROC 9	Que faut-il biopsier à la FOGD en cas d'ulcère duodénal ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 10	Quelles sont les 2 types de gastrites chroniques atrophiques ? (2 mots)
QROC 11	Comment contrôler l'éradication de l' *H. pylori* dans le cadre d'un ulcère duodénal ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 12	Que doit faire redouter un ulcère duodénal post-bulbaire ? (1 mot)
QROC 13	Quelle est l'urgence thérapeutique en cas de choc hémorragique sur une hémorragie digestive haute ? (1 mot)
QROC 14	Quel est le nom du traitement médical possible dans la perforation ulcéreuse ? (1mot)
QROC 15	Que faut-il évoquer en cas de douleur brutale du creux épigastrique avec contracture chez un patient de 70 ans sous AINS ? (1 mots)
QROC 16	Quels sont les 3 traitements possibles d'une sténose ulcéreuse ? Texte libre (3 mots)
QROC 17	A quelle gastropathie pensez-vous chez un patient cirrhotique de 55 ans présentant, à l'endoscopie, des varices cardio-tubérositaires ? (1 mot)
QROC 18	Quel examen permet de faire le diagnostic de certitude d'une gastrite ? (1 mot)
QROC 19	Quelles sont les cellules visibles à l'histologie en cas de gastrique chronique active ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quelles sont vos trois hypothèses diagnostiques en cas d'ulcère gastrique sans Helicobacter pylori. (3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	0.5	**Réponse : CEF** • Les ulcères atteignent la musculeuse, les érosions la muqueuse et les ulcérations la sous-muqueuse. • Les prostaglandines stimulent les mécanismes de protection de la barrière épithéliale contre les ulcères. • La prise d'AINS et l'infection par *H. pylori* sont des facteurs reconnus dans la pathogenèse de l'ulcère gastro-duodénal.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Il n'y a pas de position antalgique typique décrite dans le syndrome ulcéreux. • Classiquement, la douleur liée au syndrome ulcéreux évolue par périodes de 3 à 4 semaines entrecoupées par des périodes de rémission allant de plusieurs mois à plusieurs années. Cette évolution est caractéristique de l'infection par H. pylori.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La sténose gastrique compliquant un UGD donne effectivement un syndrome occlusif haut, avec vomissements post-prandiaux et arrêt des matières et gaz tardif. • Le traitement médical de la perforation d'ulcère est la méthode de Taylor. Les ulcères duodénaux ne sont jamais le siège d'une transformation cancéreuse.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	0.5	**Réponse : ABDEFG** • La prise isolée de corticoïde n'induit pas classiquement d'UGD. Il peut cependant entretenir et aggraver un UGD pré-existant. • Le stress psychologique n'entraîne pas d'UGD. L'ulcère de stress est lié à un stress biologique avec plusieurs défaillances d'organe, notamment chez les patients en réanimation.
	B -	V	1	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	F	0.5	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • L'anémie est la maladie de Biermer par déficit en vitB12. • L'injection de vitamine B12 se fait par voie IM. • Il faut rechercher un diabète de type 1, des dysthyroïdie, un vitiligo chez la patiente et sa famille. • Le risque de cancer justifie une FOGD tous les 3 ans.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Les ulcères de stress ne sont pas liés au stress psychologique, mais au stress intense biologique observé chez certains patients de réanimation. • La maladie de Crohn peut toucher tout le tube digestif, de la bouche à l'anus. Les muqueuses gastriques et duodénales peuvent être le siège d'un ulcère lié à la maladie de Crohn. L'aspect endoscopique et histologique sont très évocateurs d'une MICI.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • En cas de traitement par antibiotiques ou IPP précédent les tests, il y a un risque de faux négatifs considérable. • Les tests de diagnostic directs nécessitent une FOGD avec biopsie. • Les tests de diagnostic indirects sont : la sérologie, le test respiratoire à l'urée et la recherche d'antigènes dans les selles.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : AD** • Bien connaitre les traitements d'éradication d'H. pylori. • La quadrithérapie bismuthée ne comporte pas de B-lactamines : 10 jours de gélule triple (citrate de bismuth + métronidazole + tétracycline) + IPP pleine dose.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : BC** • Le traitement de première intention repose sur les IPP en IV et un traitement symptomatique (SNG en aspiration, correction des troubles hydro-électrolytiques). La diminution de l'inflammation peut permettre une reprise du transit. • En deuxième intention, la place est au traitement endoscopique. • En cas de nouvel échec, un traitement chirurgical est discuté.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Un infiltrat lymphoplasmocytaire sera retrouvé pour une gastrite chronique. • L'histologie de la gastrite aigue est une muqueuse riche en PNN. • La gastrite aigue à HP évolue sans traitement vers une gastrite chronique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 11	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • C'est un bacille gram négatif.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABD** • La priorité lors d'une hémorragie digestive aigue est le déchoquage. La FOGD se fera sur un patient stabilisé, groupé, avec une SNG en aspiration. • Une hémorragie digestive d'origine haute ne donnera pas de rectorragie, mais des méléna et hématémèses.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ADF** • Il faut systématiquement contrôler la cicatrisation de l'ulcère gastrique par l'endoscopie oeso-gastro-duodénale, afin de ne pas méconnaitre un adénocarcinome gastrique. • Les ulcères duodénaux ne sont pas le lit d'un cancer, un test indirect, du type test respiratoire à l'uréase, est suffisant pour s'assurer de l'éradication de la bactérie. • La stratégie antibiotique comportant des résistances, il faut systématiquement s'assurer qu' H. pylori a bien été éradiqué. • Il faut être à distance d'un traitement par IPP ou antibiotique, car ils sont pourvoyeurs de faux négatifs.
	B -	F	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AC** • Les gastrites chroniques sont regroupées en 2 groupes: -les gastrites chroniques atrophiantes à risque de cancer. - les gastrites chroniques non atrophiantes plus rares ; granulomateuse, à éosinophiles, lymphocytaire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BD** • La maladie de Ménétrier est abordée dans le collège d'hépato-gastro-entérologie. La physiopathologie est inconnue. Elle se caractérise par une hyperplasie des cryptes avec des plis fundiques géants. • Le tableau est celui d'une gastropathie exsudative avec risque d'évolution vers un adénocarcinome. • Le traitement repose sur les IPP au long cours voire une gastrectomie totale en cas d'échec. • La gastropathie de Zollinger-Ellison induit une hyperplasie des cryptes sous l'effet de l'hypergastrinémie.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Le plus souvent, une simple anesthésie locale est suffisante. • Il n'y a pas de risque néoplasique pour un ulcère duodénal, la biopsie des berges de l'ulcère n'est donc pas réalisée. Il est par contre important de biopsier l'antre et le fundus à la recherche d'H. pylori. • Les ulcères duodénaux post-bulbaires sont rares et évocateurs d'un syndrome de Zollinger-Ellison.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • La perforation de l'ulcère se fait en péritoine libre, d'où l'évolution vers une péritonite et la présence d'un pneumopéritoine. • La FOGD est formellement contre-indiquée en cas de perforation digestive !
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Il faut éviter les AINS, mais s'ils sont indispensables, il est possible de les prescrire avec des IPP. • En prévention primaire, les IPP sont associés aux AINS en cas : - d'âge > 65 ans. - d'antécédent d'UGD compliqué ou non. - de co-prescription AINS+ corticoïdes, AINS + anticoagulants ou AINS+ antiagrégant plaquettaire. • Le traitement de l'UGD lié aux AINS est : - IPP x 4 semaines en cas d'ulcère duodénal. - IPP x 8 semaines en cas d'ulcère gastrique. • Il n'y a pas lieu de recontrôler la cicatrisation d'un ulcère duodénal. Par contre, il faut faire une FOGD en cas d'ulcère gastrique et biopsier les berges.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • La définition d'une gastrite est histologique : atteinte inflammatoire aigue ou chronique de la muqueuse.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BD**
	B -	V	1	• La définition de la gastrite est histologique montrant un infiltrat inflammatoire. La gastropathie d'hypertension portale n'entraîne pas de processus inflammatoire
	C -	F	1	• Il n'y a pas de risque de dégénérescence maligne.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• AINS • *H. pylori*	1 1	Ce sont les deux causes principales à rechercher respectivement par l'interrogatoire et les biopsies.
QROC 2	• L'histologie / L'examen anatomopathologique / les biopsies.	2	Le diagnostic de certitude est histologique. Il faut donc faire une FOGD avec biopsies.
QROC 3	• Amoxicilline • Métronidazole	1 1	Bien connaître les schémas d'éradication d' *H. pylori*.
QROC 4	• Biopsies des berges de l'ulcère. • Biopsies antrales. • Biopsies fundiques.	1 1 1	• La biopsie des berges permet le diagnostic différentiel avec un cancer ulcériforme. • Les biopsies antrales et fundiques évaluent la gastrite et recherchent *l'H. pylori*.
QROC 5	• Tétracyclines • Métronidazole • Bismuth/ Citrate de bismuth	1 1 1	A noter que ce schéma n'utilise pas de B-lactamines. Il peut être prescrit aux patients ayant une allergie aux B-lactamines.
QROC 6	3 parmi : • Perforation ulcéreuse • Hémorragie digestive • Adénocarcinome gastrique • Sténose ulcéreuse	1 1 1	Attention à ne bien répondre que 3 items quand on vous en demande 3. En cas de non-respect de la consigne, vous risquez d'avoir 0 à la question.
QROC 7	• FOGD + biopsies Si test de diagnostic indirect	2 0	Il faut toujours contrôler par endoscopie et histologie la guérison d'un ulcère gastrique. En effet, il peut être en fait un cancer ulcériforme ou se cancériser pendant l'évolution.
QROC 8	• Âge > 65 ans • Antécédent d'UGD • Co-prescription d'anticoagulants, AAP ou corticoïde	1 1 1	C'est un consensus de l'AFSSAPS de 2007.
QROC 9	• Biopsies antrales. • Biopsies fundiques. Si biopsie des berges de l'ulcère	1 1 0	• Ces biopsies évaluent la gastrite et recherchent l'*H. pylori*. • Il ne faut pas biopsier les berges d'un ulcère duodénal qui est toujours bénin.
QROC 10	• Gastrite chronique à *H. pylori*. • Gastrite chronique auto-immune.	1 1	Elles exposent au risque évolutif de cancer gastrique.
QROC 11	Tests indirects • Test respiratoire à l'urée • Sérologie • Recherche d'antigène dans les selles	1 1	L'ulcère duodénal est toujours bénin, il n'est pas nécessaire de réaliser de nouvelles biopsies pour s'assurer de l'éradication d' *H. pylori*. Les tests indirects sont suffisants.

QROC 12	• Syndrome de Zollinger-Ellison	3	Question difficile. La plupart des ulcères duodénaux sont bulbaires.
QROC 13	• Le traitement du choc.	1	La FOGD diagnostique et thérapeutique se fait sur un patient déchoqué, groupé, avec une sonde naso-gastrique.
QROC 14	• Méthode de Taylor.	2	Cette méthode est réalisable dans des conditions strictes: - perforation survenue à jeun. - ulcère bulbaire. - absence de choc, fièvre ou hémorragie. - prise en charge dans les 6 heures.
QROC 15	• Perforation d'ulcère.	1	Le traitement sera conservateur si les conditions pour la méthode de Taylor sont respectées. Il sera chirurgical autrement.
QROC 16	• Traitement médical / IPP IV • Traitement endoscopique/ Dilatation endoscopique • Traitement chirurgical	1 1 1	On commencera par le traitement médical, puis en cas d'échec, le traitement endoscopique et enfin le traitement chirurgical.
QROC 17	• Gastropathie d'hypertension portale	2	Devant le terrain et l'aspect endoscopique. Le traitement est celui de la cirrhose.
QROC 18	• L'histologie / L'examen anatomopathologique / les biopsies.	2	Le diagnostic de gastrite est histologique : - infiltrat lymphoplasmocytaire en cas de gastrite chronique. - infiltrat de PNN en cas de gastrite aigue. - infiltrat lymphoplasmocytaire + PNN en cas de gastrite chronique active.
QROC 19	• Polynulcéaires neutrophiles. • Lymphocytes. • Plasmocytes.	1 1 1	L'infiltrat lymphoplasmocytaire est caractéristique de la gastrique chronique. La présence de polynucléaires neutrophiles signe une gastrite active.
QROC 20	3 parmi : • Médicaments / AINS. • Gastrinome. • Maladie de Crohn. • Cancer gastrique.	2 2 2	Le traitement d'éradication d'Helicobacter pylori n'est pas recommandé.
		/40	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS

Titres	Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC
ZEROS	• Ne jamais biopsier les berges d'un ulcère duodénal / Ne pas oublier de biopsier les berges d'un ulcère gastrique. • Toujours rechercher *H. pylori* devant un UGD ou une gastrite. • Le diagnostic d'UGD repose sur l'endoscopie et celui de gastrite sur les biopsies. • Ne pas oublier d'associer les IPP aux AINS en cas d'indication de traitement préventif.
Définition	• L'UGD est une perte de substance atteignant la musculeuse. • La gastrite est un processus inflammatoire de la muqueuse gastrite, le diagnostic est histologique.
Etiologies	• Des UGD - AINS - *H. pylori* - Syndrome de Zollinger-Ellison - Ulcère de stress (biologique vs psychologique) - Diagnostics différentiels = ADK gastrique, lymphome gastrique, maladie de Crohn. • Des gastrites - Gastrites chroniques atrophiantes = Gastrite à *H. pylori* et Gastrite auto-immune. Risque de cancer gastrique++ - Gastrites chroniques non atrophiantes - Gastrites aiguës = à *H. pylori* , virale (CMV) - Diagnostics différentiels = gastropathie aux AINS, d'hypertension portale, hypertrophiques (syndrome de Zollinger-Ellison, maladie de Ménétrier), radique.
Clinique	• Syndrome ulcéreux = crampe épigastrique rythmée par les repas, calmée par l'alimentation, évoluant par des poussées de quelques semaines. • Asymptomatique la plupart du temps
Examens complémentaires	- FOGD + biopsies Connaitre le type de biopsies à faire en fonction du type d'ulcère. - Test à l'uréase pour contrôler le traitement d'éradication d'*H. pylori.*
Traitement	• Traitement de l'UGD IPP per os pendant 4 à 8 semaines selon la localisation (duodénale vs gastrique). • Traitement d'éradication d'*H. pylori* - Traitement séquentiel = 5 jours IPP pleine dose x2/j + amoxicilline 2g/j 5 jours IPP pleine dose x2/j + métronidazole 1g/j - Quadrithérapie bismuthée = 10 jours IPP pleine dose + citrate de bismuth + tétracycline + métronidazole. • Traitement des complications • Contrôle de l'éradication (4 semaines après l'arrêt des IPP) - Test direct par FOGD + biopsies en cas d'ulcère gastrique. - Test indirect en cas d'ulcère duodénal : test respiratoire à l'urée marquée ++, sérologie ou recherche d'antigènes dans les selles.
Complications	• Hémorragie digestive • Sténose ulcéreuse • Perforation ulcéreuse • ADK gastrique

UE questions isolées

Item 270

1 Enoncé

QCM 1	Lesquelles de ces affections entraînent une dysphagie ? (Jusqu'à 5 réponses)
A - Adénocarcinome du bas œsophage. B - Achalasie. C - Anorexie mentale. D - Cancer des VADS. E - Stress.	
QCM 2	**Concernant la dysphagie œsophagienne : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Une dysphagie paradoxale est en faveur d'une cause organique. B - Une dysphagie prédominant sur les solides est en faveur d'une cause fonctionnelle. C - Une lourde consommation alcoolo-tabagique devra faire suspecter un adénocarcinome de l'œsophage. D - Une altération de l'état général devra faire craindre une cause lésionnelle. E - L'évolution progressive doit faire craindre une cause tumorale.	
QCM 3	**Concernant la FOGD : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Les biopsies sont systématiques même en l'absence de lésion visualisée. B - Il est possible d'utiliser des colorants pour guider la biopsie. C - La FOGD n'est réalisée qu'en cas de suspicion forte pour une cause lésionnelle. D - En cas de lésion superficielle, on peut avoir recours à l'écho-endoscopie. E - Elle mettra en évidence les causes de dysphagie fonctionnelle.	
QCM 4	**A propos de la manométrie œsophagienne : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Elle est utile en cas de FOGD normale. B - Elle recherche un trouble moteur de l'œsophage. C - Elle mesure la pression du sphincter inférieur de l'œsophage (SIO) et sa relaxation pendant la déglutition. D - Elle permet de visualiser une sténose œsophagienne par diminution du calibre de la lumière œsophagienne. E - Elle analyse le péristaltisme au sein du corps de l'œsophage en réponse à la déglutition.	
QCM 5	**Quelles sont vos hypothèses diagnostiques devant une dysphagie avec FOGD normale ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Achalasie. B - Thymome. C - Œsophagite à éosinophiles. D - Maladie des spasmes diffus de l'œsophage. E - Trouble moteur œsophagien secondaire à une maladie systémique.	
QCM 6	**L'œsophagite peptique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Est une cause de dysphagie oro-pharyngée. B - Est due à un reflux-gastro-œsophagien. C - Elle est située à la jonction du 1/3 supérieur et moyen de l'œsophage. D - Est sténosante. E - Est une cause de dysphagie lésionnelle.	
QCM 7	**Parmi ces propositions, lesquelles sont à l'origine d'une dysphagie œsophagienne lésionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Œsophagite à éosinophiles. B - Lupus érythémateux disséminé. C - Adénocarcinome du bas œsophage. D - Compression extrinsèque par une tumeur médiastinale. E - Achalasie.	

QCM 8	Quelles propositions sont vraies concernant le diverticule de Zencker ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Il peut être le siège d'une hétérotopie gastrique.
B -	Des régurgitations alimentaires sont provoquées par une pression cervicale.
C -	Il peut entrainer une dysphagie lésionnelle.
D -	Le diverticule siège à la face postérieure de la jonction pharyngo-œsophagienne.
E -	Le diverticule siège sur le dernier tiers de l'intestin grêle.

QCM 9	A propos des examens complémentaires : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	En cas de tumeur visualisée, un scanner thoracique injecté permet de faire le bilan d'extension.
B -	En cas de compression extrinsèque, le scanner thoracique recherche une lésion médiastinale.
C -	Le transit baryté de l'œsophage peut être réalisé en première intention devant une dysphagie d'allure lésionnelle.
D -	La manométrie œsophagienne peut mettre en évidence un trouble moteur de l'œsophage.
E -	Le transit baryté peut mettre en évidence un trouble moteur de l'œsophage.

QCM 10	A propos de l'œsophagite d'origine médicamenteuse : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	C'est une œsophagite sténosante.
B -	Elle peut-être causée par la doxycycline.
C -	Elle est le plus souvent observée chez des patients immunodéprimés.
D -	Le symptôme principal est l'odynophagie.
E -	Elle peut être due à l'amoxicilline.

QCM 11	Lesquelles de ces affections entrainent un trouble moteur œsophagien primaire ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Achalasie.
B -	Maladie de Chagas.
C -	Œsophage « casse-noisette »
D -	Tumeur infiltrante du cardia.
E -	Maladie des spasmes diffus de l'œsophage.

QCM 12	Concernant l'achalasie : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	C'est un trouble moteur œsophagien primaire.
B -	Il peut, à long terme, se compliquer d'un méga-œsophage.
C -	La FOGD est la plus souvent anormale au début de la maladie.
D -	C'est une cause de dysphagie lésionnelle.
E -	La dysphagie est paradoxale et capricieuse.

QCM 13	Lesquelles de ces affections peuvent donner des troubles moteurs œsophagiens secondaires ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Sclérodermie.
B -	Diabète.
C -	Lupus érythémateux diffuse.
D -	Amylose.
E -	Trypanosomiase américaine ou maladie de Chagas.

QCM 14	Quelles anomalies manométriques sont retrouvées dans l'achalasie ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Apéristaltisme de l'œsophage.
B -	Plus de 10% des ondes péristaltiques du corps de l'œsophage sont anormales : non propagées, amples et répétitives, alternant avec un péristaltisme normal.
C -	Péristaltisme normal.
D -	Hypertonie du sphincter inférieur de l'œsophage.
E -	Ondes péristaltiques prolongées et de grande amplitude, prédominant dans la partie distale de l'œsophage.

QCM 15	Concernant le traitement de l'achalasie : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Le but du traitement est de restaurer le péristaltisme œsophagien.
B -	Le traitement médicamenteux repose sur des dérivés nitrés par voie sublinguale.
C -	L'infiltration de toxine botulique dans le SIO est la méthode de référence.
D -	La dilatation pneumatique du SIO par voie endoscopique permet de diminuer la pression du SIO.
E -	La myotomie extra-muqueuse du SIO permet une bonne réponse dans la plupart des cas.

QROC 1	**Quels sont les 2 types de dysphagie différenciées à l'interrogatoire ?** **(2 mots)**
QROC 2	**Quels sont les 2 types de dysphagie à différencier par l'endoscopie ?** **(2 mots)**
QROC 3	**Vers quel grand type de dysphagie oriente une dysphagie « sélective » ?** **(1 mot)**
QROC 4	**Quelle cause de dysphagie lésionnelle a un aspect normal à la FOGD ?** **(1 mot)**
QROC 5	**Quel est l'examen clé de première intention pour explorer une dysphagie ?** **(1 mot)**
QROC 6	**Quelles anomalies trouve-t'on classiquement sur la FOGD dans l'achalasie ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**
QROC 7	**Que doit-on redouter devant un tableau de dysphagie sélective de localisation œsophagienne chez un homme de 65 ans éthylo-tabagique ?** **(1 mot)**
QROC 8	**Quel examen complémentaire permet de mettre en évidence les troubles moteurs de l'œsophage ?** **(1 mot)**
QROC 9	**Citez 3 médicaments pouvant entraîner une œsophagite médicamenteuse.** **(3 mots)**
QROC 10	**Citez les 3 principales causes de TMO primaire.** **(3 mots)**
QROC 11	**Quels sont les deux diagnostics différentiels de l'achalasie à rechercher activement ?** **(2 mots)**
QROC 12	**Vers quel type de dysphagie oriente une dysphagie paradoxale et capricieuse ?** **(1 mot)**
QROC 13	**A l'aide de quel examen endoscopique peut-on explorer plus précisément une tumeur œsophagienne découverte sur la FOGD ?** **(1 mot)**
QROC 14	**Quelles sont les 2 principaux types de cancer de l'œsophage, responsables de dysphagie lésionnelle ?** **(2 mots)**
QROC 15	**Quel type de dysphagie peut-entrainer un diverticule de Zencker ?** **(1 mot)**
QROC 16	**Citez 3 causes d'œsophagite non sténosante, responsable d'une dysphagie lésionnelle.** **(3 mots)**
QROC 17	**Quel diagnostic différentiel de la dysphagie faut-il évoquer devant une sensation de striction cervicale chez une patiente névrotique ?** **(1 mot)**
QROC 18	**Quelles anomalies manométriques sont mises en évidence dans l'achalasie ?** **Texte libre (1 à 3 mots)**
QROC 19	**Citez 3 germes responsables d'œsophagite entrainant une dysphagie lésionnelle.** **(3 mots)**
QROC 20	**Quels sont les 3 différents types de traitement possibles dans l'achalasie ?** **(3 mots)**

2 Corrigé

		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Le "globus hystericus" lié au stress est un diagnostic différentiel de la dysphagie, de même que l'anorexie. • L'adénocarcinome de l'œsophage et l'achalasie sont des causes de dysphagie œsophagienne. • Le cancer des VADS est une cause de dysphagie oro-pharyngée.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : DE** • La dysphagie lésionnelle prédomine souvent sur les solides. • Une dysphagie paradoxale oriente vers une cause fonctionnelle. • Le cancer de l'œsophage lié à l'imprégnation alcool-tabagique est le carcinome épidermoïde.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABD** • La FOGD peut être normale en cas d'œsophagite à éosinophiles. La biopsie systématique permet de la rechercher. • Le lugol et l'acide acétique peuvent guider les biopsies. • La FOGD est systématique, c'est une étape clé du diagnostic étiologique de la dysphagie. • La FOGD met en évidence les causes de dysphagie lésionnelle : tumeurs, sténoses, œsophagites.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • C'est un examen fonctionnel et non morphologique, aucune sténose n'est visualisée, contrairement au transit baryté de l'œsophage.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • L'œsophagite à éosinophile est une dysphagie lésionnelle, mais la FOGD est normale. Il est donc important de toujours faire des biopsies à sa recherche. • Le thymome entraîne une dysphagie par compression extrinsèque, le rétrécissement du calibre de la lumière œsophagienne sera visible à la FOGD. • Les autres causes de dysphagie sont fonctionnelles et la FOGD est normale.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BDE** • L'œsophagite peptique est liée au RGO, elle est bas située dans l'œsophage, souvent à la jonction des tiers moyen et supérieur. C'est une cause de dysphagie lésionnelle œsophagienne.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Le lupus est une cause de trouble moteur œsophagien secondaire à une collagénose, c'est donc une dysphagie fonctionnelle. • L'achalasie est un TMO primaire, c'est une dysphagie fonctionnelle.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Pour les réponses A et E, ne pas confondre diverticule de Zencker et diverticule de Meckel.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 9	A -	V		**Réponse : ABDE** • Le transit baryté est réalisé après la FOGD, surtout en cas de sténose infranchissable.
	B -	V		
	C -	F		
	D -	V		
	E -	V		
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : BD** • C'est une dysphagie lésionnelle œsophagienne non sténosante. • Elle peut être liée à divers médicaments : doxycycline, AINS, alendronate, KCl.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABCDE**
	B -	V	1	• La maladie de Chagas est une parasitose d'Amérique du Sud pouvant entraîner un méga-œsophage.
	C -	V	1	• Devant toute achalasie, il faut réaliser une FOGD, voire une écho-endoscopie à la recherche d'une tumeur infiltrante du cardia pouvant être à l'origine de perturbations motrices : pseudo-achalasie néoplasique.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• L'achalasie fait partie des dysphagies fonctionnelles, par un TMO primaire.
	C -	F	1	• La dysphagie est paradoxale (prédomine sur les liquides) et capricieuse (intermittente).
	D -	F	1	• La FOGD est normale au début de l'évolution (dysphagie fonctionnelle) et la manométrie œsophagienne fait le diagnostic d'apéristaltisme.
	E -	V	1	• L'évolution se fait vers la constitution d'un méga-œsophage.
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABCD**
	B -	V	1	• La maladie de Chagas est à l'origine d'un mega-oesophage, responsable d'un TMO primaire.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AD**
	B -	F	1	• La réponse B correspond aux données manométriques retrouvée dans la maladie des spasmes diffus de l'œsophage.
	C -	F	1	• La proposition E correspond aux données manométriques de l'œsophage « casse-noisette ».
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BDE**
	B -	V	1	• Aucun traitement ne permet de restaurer le péristaltisme œsophagien, le but est de diminuer la pression du SIO.
	C -	F	1	• Les traitements endoscopique et chirurgical sont les méthodes principales, efficaces dans 75% des cas.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Dysphagie oro-pharyngée • Dysphagie œsophagienne	1 1	• La dysphagie oro-pharyngée est localisée au niveau cervical. Elle est le symptôme de causes ORL et neurologiques • La dysphagie oesophagienne est localisée en rétro-sternal. Elle traduit une dysfonction digestive le plus souvent.
QROC 2	• Dysphagie lésionnelle • Dysphagie fonctionnelle	1 1	• La FOGD mettra en évidence une lésion ou un rétrecissement du calibre de l'œsophage dans le mécanisme lésionnel. • Elle sera normale en cas de dysphagie fonctionnelle.
QROC 3	• Dysphagie lésionnelle /organique.	1	Il faut craindre une tumeur oesophagienne.
QROC 4	• Oesophagite à éosinophiles	2	C'est pourquoi il faut toujours faire des biopsies pendant la FOGD.
QROC 5	• La fibroscopie oeso-gastro-duodénale	2	• Elle permet de différencier les dysphagies lésionnelles et fonctionnelles. • Ne pas oublier de faire des biopsies à la recherche d'une oesophagite à éosinophiles.
QROC 6	• Aucune / FOGD normale • Méga-oesophage	1	C'est une dysphagie fonctionnelle avec un œsophage de morphologie normale. Une évolution vers un méga-œsophage est possible à un stade évolué.
QROC 7	• Carcinome épidermoïde de l'œsophage.	2	Il faudra également rechercher une altération de l'état général et le mode d'installation de la dysphagie (progressif ++).
QROC 8	• La manométrie oesophagienne	2	Elle mesure les pressions dans l'œsophage et le SIO. Elle permet d'analyser le péristaltisme à la déglutition.
QROC 9	3 parmi : • AINS /aspirine. • Doxycycline. • Chlorure de potassium. • Alendronate.	1 1 1	Question difficile.
QROC 10	• Achalasie • Maladie des spasmes diffus de l'oesophage • Œsophage « casse noisette »	1 1 1	A différencier des TMO secondaires à des collagénoses, maladies neuro-muculaires.
QROC 11	• Tumeur infiltrante du cardia. • Maladie de Chagas /Trypanosomiase américaine.	2 2	• La tumeur du cardia est à rechercher à la FOGD, voire à l'écho-endoscopie. Elle peut entraîner une pseudo-achalasie néoplasique. • La maladie de Chagas est à rechercher avant tout à l'interrogatoire : voyage en Amérique du Sud. Elle est responsable d'un méga-œsophage.

QROC 12	• Achalasie / Dysphagie fonctionnelle.	1	L'interrogatoire est une partie importante dans la démarche diagnostique.
QROC 13	• L'écho-endoscopie.	2	Elle permet d'analyser les couches profondes de l'œsophage, et différencier une compression extrinsèque d'une atteinte oesophagienne sous-muqueuse.
QROC 14	• Carcinome épidermoïde • Adénocarcinome	1 1	C'est principalement de carcinome épidermoïde, lié à une importante imprégnation éthylo-tabagique.
QROC 15	• Dysphagie lésionnelle.	1	Les deux grands types de dysphagie sont : - la dysphagie lésionnelle. - la dysphagie fonctionnelle.
QROC 16	• Oesophagite médicamenteuse. • Oesophagite à éosinophiles. • Oesophagite infectieuse.	1 1 1	L'oesophagite à éosinophiles touche surtout l'homme . Elle est souvent associée à des manifestations atopiques.
QROC 17	• Globus hystericus	1	• Question difficile. • Il faudra s'assurer à l'interrogatoire du caractère psychologique de ce symptôme. • En cas de doute, il faudra réaliser une FOGD.
QROC 18	• Apéristaltisme / absence de contractions oesophagiennes propagées en réponse à des déglutitions d'eau. • Hypertonie du SIO/ troubles de la relaxation du SIO	1 1	Dans l'achalasie « vigoureuse », il peut aussi être mis en évidence des contractions non propagées d'amplitude très importantes.
QROC 19	• Candida • CMV • HSV	1 1 1	• Ce sont les 3 germes les plus retrouvés. • Ils sont retrouvés chez des patients immuni-déprimés.
QROC 20	• Pharmacologique /Médicamenteux/ Dérivés nitrés. • Endoscopique/ Dilatation endoscopique du SIO. • Chirurgical/ Myotomie extra-muqueuse du SIO.	2 2 2	Les traitements endoscopique et chirurgical sont les méthodes principales avec le meilleur taux de réussite.
		/45	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Faire une FOGD devant toute dysphagie.
Définition	• La dysphagie est une gêne à la progression du bol alimentaire dans l'œsophage. • Il faut la différencier, par l'interrogatoire, des principaux dignostics différentiels : - globus hystericus lié à l'anxiété. - odynophagie = douleur lors de la progression des aliments, sans sensation de blocage. - anorexie, surtout en cas d'atteinte élective de certains aliments (viande). - satiété précoce
Etiologies	Il y a plusieurs types de dysphagie : • <u>La dysphagie oro-pharyngée</u> Elle relève de causes ORL ou neurologiques • <u>La dysphagie oesophagienne</u> - Lésionnelle Sténoses tumorales : carcinome épidermoïde et ADK principalement. Sténoses non tumorales : oesophagite peptique, compression extrinsèque. Oesophagites non sténosantes : à éosinophiles, médicamenteuses, infectieuses (candida, CMV et HSV) Diverticule de Zenker. - Fonctionnelle Troubles moteur de l'œsophage primaires : achalasie ++, œsophage « casse noisette » et maladie des spasmes diffus de l'œsophage. TMO secondaires à une collagénose ou une maladie neuro-musculaire.
Clinique	• Il faut différencier la dysphagie **sélective** prédominant sur les solides, orientant vers un cause lésionnelle, de la dysphagie **paradoxale et capricieuse** orientant vers un TMO. • Il faut rechercher : - le mode de début. - les signes associés : AEG, hoquet, signes ORL, respiratoires, atopie (oesophagite à éosinophiles). - le mode d'évolution. - le terrain : RGO, éthylo-tabagique, maladie systémique.
Examens complémentaires	• La FOGD ++ avec biopsies, pour différencier une cause lésionnelle et fonctionnelle. Attention, l'oesophagite à éosinophile a un aspect normal à la FOGD. • La manométrie oesophagienne : pour objectiver un TMO. - Apéristaltisme à la déglutition et hypertonie du SIO pour l'achalasie. • Toujours rechercher une pseudo-achalasie néoplasique liée à une tumeur infiltrante du cardia, surtout en cas de symptômes récents chez un sujet de plus de 50 ans. On recherchera la tumeur avec un TDM ou une écho-endoscopie oesophagienne.
Traitement	• Traitement étiologique. • Pour l'achalasie : - la dilatation endoscopique du SIO - la myotmie extra-muqueuse du SIO par coelioscopie. - moins efficace, le traitement pharmacologique : dérivés nitrés voie sublinguale ou infiltration de toxine botulique dans le SIO.
Complications	Dénutrition. Selon la cause.

UE questions isolées

Item 271

1 Enoncé

QCM 1	Concernant la sémiologie des vomissements : (Jusqu'à 5 réponses)
A - Il faudra penser à une intoxication médicamenteuse devant des vomissements le matin à jeun. B - Un syndrome obstructif bas donnera des vomissements post-prandiaux partiellement digérés. C - Un syndrome obstructif haut donnera des vomissements tardifs fécaloïdes. D - Des vomissements matinaux en jet sont évocateurs d'une hypertension intracrânienne. E - Il faut toujours penser à la grossesse comme diagnostic différentiel chez la femme.	
QCM 2	**A la biologie, quels signes sont en faveur d'une déshydratation globale? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Diminution de l'hématocrite. B - Hyperprotéinémie. C - Augmentation de la créatininémie. D - Hypernatrémie. E - Hypo-osmolarité plasmatique.	
QCM 3	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des complications hydro-électrolytiques des vomissements : (Jusqu'à 6 réponses)**
A - Hyperkaliémie. B - Hypokaliémie. C - Insuffisance rénale. D - Alcalose métabolique. E - Acidose métabolique. F - Hypochlorémie.	
QCM 4	**A propos des vomissements aigus : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Ils sont le plus souvent dus à une cause infectieuse. B - En cas de vomissement 1 semaine après un traumatisme crânien, il faudra craindre un hématome sous dural chronique. C - Ils sont souvent au premier plan dans les causes chirurgicales aigues. D - En cas d'association à des vertiges et une hypoacousie évoluant par crises, il faudra penser à la maladie de Ménière. E - Ils peuvent se compliquer de dénutrition.	
QCM 5	**Parmi ces médicaments, lesquels sont connus pour entrainer fréquemment des vomissements ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Antibiotiques. B - Antimitotiques. C - Digoxine. D - Paracétamol. E - Opiacés.	
QCM 6	**Le(s)quel(s) de ces signes est (sont) en faveur d'une rupture de l'œsophage ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Emphysème sous-cutané. B - Œdème en pèlerine. C - Douleur thoracique. D - Turgescence des veines jugulaires. E - Dyspnée.	

QCM 7	A propos de la physiopathologie des vomissements : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le centre de vomissement est situé dans la substance réticulée du tronc cérébral.
B - Des afférences proviennent du cortex cérébral.
C - Des stimulations afférentes au centre du vomissement proviennent de l'appareil vestibulaire.
D - Des afférences proviennent du plancher du 4[ème] ventricule.
E - Des afférences proviennent du tube digestif, via les nerfs vague et sympathique.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont classiquement à l'origine de vomissements aigus? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Glaucome chronique à angle ouvert.
B - Hyperthyroïdie.
C - Hyponatrémie.
D - Acidocétose diabétique.
E - Infarctus du myocarde.

QCM 9	A propos du syndrome de Mallory Weiss : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il fait suite à des efforts de vomissements répétés.
B - Un geste d'hémostase est possible à l'aide d'une endoscopie digestive haute.
C - C'est une déchirure du cardia.
D - Le diagnostic de certitude est clinique.
E - La symptomatologie est : hématémèse faisant suite à des vomissements initialement non sanglants.

QCM 10	Parmi ces propositions, lesquelles vont avec un syndrome d'hypertension intracrânienne ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Vomissements matinaux en jets.
B - Nausées.
C - Céphalées hémi crâniennes pulsatiles.
D - Troubles visuels.
E - Discrètes anomalies de l'examen neurologique.

QCM 11	En cas de vomissements chroniques, quels signes cliniques et biologiques orientent vers une dénutrition chez un adulte de 50 ans ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Albuminémie < 35g/L.
B - Perte de 10% du poids de base.
C - IMC < 21.
D - Pré-albuminémie < 0.5.
E - NRI < 97.5%.

QCM 12	Quel examen de première intention faites-vous devant une suspicion d'hypertension intracrânienne ? (Jusqu'à 1 réponse)

A - TDM cérébral.
B - IRM cérébrale.
C - Ponction lombaire.
D - Echographie trans-fontanellaire.
E - Radio simple du crâne.

QCM 13	A propos des vomissements liés à la grossesse : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Ils sont physiologiques s'ils n'entraînent pas de retentissement sur l'état général.
B - L'*hyperemesis gravidarum* entraîne des troubles ioniques et des perturbations du bilan hépatique.
C - La stéatose aigue gravidique peut s'accompagner de vomissements au premier trimestre de la grossesse.
D - La pré-éclampsie peut s'accompagner de vomissements.
E - En cas de douleur abdominale avec une barre épigastrique, il faut évoquer un HELLP syndrome.

QCM 14	A propos du traitement des vomissements : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement symptomatique repose tout d'abord sur la réhydratation.
B - En cas de syndrome occlusif, il faut poser une sonde naso-gastrique.
C - Le domperidone a de nombreux effets indésirables sur le système nerveux central.
D - Il ne faut pas tenter de réhydratation per os en cas de péritonite.
E - La surveillance de la réhydratation passe tout d'abord par le ionogramme sanguin.

QCM 15	A propos des vomissements chimio-induits, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le cisplatine est une molécule à fort potentiel émétisant.
B - Les bolus sont plus émétisants qu'une perfusion continue de chimiothérapie.
C - L'anxiété est un facteur important dans les vomissements chimio-induits.
D - Plus les patients sont âgés, plus les vomissements sont importants.
E - Le sexe féminin est un facteur de risque de vomissements chimio-induits importants.

QCM 16	A propos des complications possibles des vomissements : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La pneumopathie d'inhalation est le plus souvent localisée dans le lobe inférieur droit.
B - L'hémorragie sous-conjonctive nécessite un avis ophtalmologique en urgence.
C - Le diagnostic de syndrome de Mallory-Weiss se fait à l'aide de la FOGD.
D - Le diagnostic de rupture de l'œsophage se fait à l'aide de la FOGD.
E - La déshydratation peut mettre en jeu le pronostic vital, surtout dans les âges extrêmes.

QCM 17	Dans lesquelles de ces situations faut-il hospitaliser le patient en urgence? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Impossibilité de réhydratation per os.
B - Perte de poids > 5%.
C - Syndrome de Mallory-Weiss.
D - Syndrome de Mendelssohn.
E - Troubles de la conscience.

QCM 18	Lesquels de ces traitements sont utiles pour la prévention des vomissements chimio-induits ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Métoclopramide.
B - Corticoïdes.
C - Aprépitant.
D - Opiacés.
E - Sétrons.

QCM 19	A propos du métoclopramine : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est contre-indiqué en cas de vomissements induits par une hépatopathie.
B - Il ne s'accompagne pas d'effets secondaires sur le système nerveux central, car il passe peu la barrière hémato-encéphalique.
C - C'est un neuroleptique.
D - Il fait partie du traitement symptomatique des vomissements.
E - La prise de métoclopramine est une cause fréquente de galactorrhée.

QCM 20	A propos des examens complémentaires dans les vomissements : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut toujours faire au moins un ionogramme sanguin.
B - En cas de suspicion d'insuffisance surrénale aigüe, il faut envoyer une cortisolémie en urgence avant de débuter le traitement.
C - Le scanner abdomino-pelvien injecté est le meilleur examen en cas d'abdomen chirurgical aigu.
D - En cas de suspicion de TIAC, il faut faire une coproculture une déclaration obligatoire à l'ARS.
E - Devant un patient présentant un syndrome méningé fébrile, il faut d'abord faire un TDMc en urgence.

QROC 1	Quels diagnostics évoquer devant des vomissements matinaux à jeun avec nausées ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 2	Quels diagnostics évoquer devant des vomissements en jet matinaux et céphalées, sans fièvre ? (2 mots)
QROC 3	Quel diagnostic évoquer devant des vomissements post-prandiaux tardifs partiellement digérés ? (1 mot)
QROC 4	Quel diagnostic évoquer devant des vomissements fécaloïdes post-prandiaux tardifs ? (1 mot)
QROC 5	Quel est le diagnostic d'élimination à évoquer devant des vomissements per-prandiaux ? (1 mot)
QROC 6	Que faut-il évoquer devant une douleur abdominale aigue avec vomissements, pas de défense ou contracture abdominale, hypotension artérielle chez un patient traité pour une polyarthrite rhumatoïde. (1 mot)
QROC 7	Quels sont les 3 types de vomissements induits par la chimiothérapie ? (3 mots)
QROC 8	Quel est l'examen d'imagerie que vous réalisez devant une suspicion de volvulus du grêle ? (1 mot)
QROC 9	Quel est le traitement curatif d'une insuffisance surrénale aigue ? (1 mot)
QROC 10	Quel est l'examen complémentaire d'imagerie de choix devant une colique hépatique ? (1 mot)
QROC 11	Quel est le pilier du traitement d'une gastro-entérite virale chez un nourrisson ? (1 mot)
QROC 12	Quel est le premier examen à faire devant un syndrome méningé fébrile sans purpura fulminans ? (1 mot)
QROC 13	A quelle cause de vomissements chroniques faut-il penser chez un patient diabétique ayant une neuropathie végétative (hypoTA). (1 mot)
QROC 14	Quel examen permet de faire le diagnostic positif d'une pancréatite aigüe ? (1 mot)
QROC 15	Quelle urgence ophtalmologique entraine des céphalées brutales et vomissements aigus ? (1 mot)
QROC 16	A quelle complication tardive de la pancréatite aigüe pensez-vous devant des vomissements post-prandiaux tardifs partiellement digérés. (1 mot)
QROC 17	Quels sont les deux mécanismes d'occlusion colique mécanique chez un patient ayant un cancer du côlon ? (2 mots)
QROC 18	Quel examen simple au lit du malade faut-il faire en urgence en cas d'hypercalcémie ? (1 mot)
QROC 19	Quels sont les 3 classes médicamenteuses indiquées pour prévenir les vomissements aigus de chimiothérapie ? (3 mots)
QROC 20	Quel(s) sont les examens permettant de faire le diagnostic d'une maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots)

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Le syndrome occlusif bas donnera des vomissements tardifs fécaloïdes. • Le syndrome occlusif haut donnera des vomissements post-prandiaux partiellement digérés.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : BCD** Le plus important reste la clinique ++ A la biologie, • Déshydration extra-cellulaire : - L'hématocrite est faussement élevée du fait de l'hémoconcentration. - Il en va de même par la protidémie. - Il y a une insuffisance rénale, le plus souvent fonctionnelle. • Déshydratation intra-cellulaire : - Hypernatrémie - Hyper-osmolarité plasmatique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BCDF** • L'insuffisance rénale est le plus souvent fonctionnelle, par déshydratation.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABD** • La cause la plus fréquente de vomissements aigus est infectieuse : gastro-entérite virale ou TIAC. • Dans les causes chirurgicales, la douleur abdominale est souvent au premier plan. • Dans les vomissements aigus (< 7 jours), la perte de poids est attribuée à la déshydratation. La dénutrition survient pour des vomissements plus chroniques ou sur un terrain fragile.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • La quinine, la lévo-DOPA, les dérivés de la théophylline, les salicylés, la colchicine et les dérivés de l'ergot de seigle complètent cette liste. • Il est important de rechercher la prise de médicaments et toxiques (alcool, tabac, drogues) à l'interrogatoire.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACE** • L'œdème en pèlerine et la turgescence des veines jugulaires appartiennent au syndrome cave supérieur. • La douleur thoracique brutale à la suite de vomissements associée à une dyspnée, odynophagie et emphysème sous-cutané, doit faire évoquer le diagnostic.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Les afférences du cortex cérébral entraînent des vomissements en cas d'émotion, odeur désagréable. • Les afférences de l'appareil vestibulaires entraînent des vomissements dans le mal des transports et la maladie de Ménière. • Les afférences du 4[ème] ventricule sont chimio-sensibles.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • Non, c'est le glaucome aigue par fermeture de l'angle qui entraine des céphalées brutales avec vomissements. • L'hyponatrémie et l'hyperhydratation intra-cellulaire entraînent un dégout de l'eau avec nausées et vomissements. • Il faut toujours penser à l'IDM devant une douleur abdominale épigastrique avec vomissements.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM	Item		Points	Commentaire
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • C'est une déchirure longitudinale du cardia faisant suite à des efforts de vomissement répétés. • Le diagnostic de certitude est endoscopique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Typiquement, l'HTIC ne s'accompagne pas de nausées. • Les céphalées hémicraniennes pulsatiles sont évocatrices de migraine. Les céphalées de l'HTIC sont matinales, le plus souvent diffuses, et augmentent à la toux.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABE** • La dénutrition est probable devant un IMC < 18 (21 chez la personne âgée). • La valeur normale du RBP (pré-albumine) est 0.25-0.35 g/L. Une valeur <0.25 g/L signe une dénutrition modérée et <0.1 g/L une dénutrition sévère. • L'index NRI ou index de Buzby utilise l'albuminémie, le poids de base et le poids actuel. Il est normal si > 97.5%. Dénutrition modérée 83.5-97.5%. Dénutrition sévère si < 83.5%. • Leds valeurs anthropométriques permettent aussi d'évaluer la dénutrition d'un patient : tour du mollet, pli cutané sous-scapulaire, tricipital, …
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	5	**Réponse : A** • L'IRM cérébrale est effectuée en deuxième intention. • Le scanner injecté recherche un processus occupant de l'espace : tumeur, hématome, abcès. Il recherche aussi une hydrocéphalie. • La ponction lombaire est formellement contre-indiquée en cas d'HTIC : risque d'engagement.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • Le SHAG (stéatose hépatique aigue gravidique) survient au troisième trimestre de la grossesse. • La douleur épigastrique est aussi appelée signe de Chaussier, elle doit faire penser au HELLP syndrome qui sera confirmé par la biologie.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • Le domperidone ne passe que peu la barrière hémato-encéphalique, contrairement à la métoclopramine. Il a donc peu d'effets indésirables. • Il faut laisser le patient à jeun en cas de chirurgie prévue. • Le diagnostic et la surveillance de la réhydratation est tout d'abord clinique : poids, pli cutané, …
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • L'âge jeune est un facteur de risque de vomissements chimio-induits.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La pneumopathie d'inhalation se trouve souvent dans le lobe inférieur droit du fait de la position de la bronche souche droite. • L'hémorragie sous-conjonctivale ne nécessite pas de prise en charge spécifique. • Le diagnostic de rupture de l'œsophage se fait à l'aide d'un TDM thoracique. La FOGD est contre-indiquée.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • L'hospitalisation est nécessaire en cas de déshydratation majeure nécessitant une perfusion de SSI, environ -10% du poids à adapter au terrain et à la clinique. • Le syndrome de Mendelssohn est la pneumopathie d'inhalation compliquant les vomissements.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • Les opiacés sont des traitements émétisants. Cependant, ils sont souvent prescrits pour les douleurs de ces malades. • Bien connaitre les prises en charges des effets indésirables liés au cancer.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Au contraire, il passe la BHE en entraine un syndrome extra-pyramidal et mouvements anormaux. • Bien connaitre les neuroleptiques cachés qui peuvent entrainer un syndrome malin des neuroleptiques. • Devant une galactorrhée, toujours rechercher une cause médicamenteuse.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : CD** • En cas de vomissements aigus bien tolérés cliniquement, il n'y a pas lieu de faire des examens complémentaires pour évaluer le retentissement. • En cas de forte suspicion de gastro-entérite virale, il n'y a pas d'examen complémentaire à faire pour le diagnostic positif. • L'insuffisance surrénale aigue est une urgence médicale et il ne faut pas retarder le traitement par hémisuccinate d'hydrocortisone par la réalisation d'examens complémentaires. • En l'absence de contre-indications, il faut faire une PL en urgence devant un syndrome méningé fébrile.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Alcoolisme. • Intoxication médicamenteuse. • Grossesse.	1 1 1	La grossesse est à toujours évoquer devant des vomissements, ainsi qu'une intoxication médicamenteuse.
QROC 2	• Hypertension intracrânienne. • Syndrome méningé.	1 1	Il faut y penser, même en l'absence de céphalées.
QROC 3	• Syndrome occlusif haut/ Occlusion gastro-duodénale.	2	Bien connaître les causes de vomissements en fonction de leur aspect et du délai de survenue par rapport au repas.
QROC 4	• Syndrome occlusif bas.	2	Les vomissements fécaloïdes témoignent d'une digestion presque complète des aliments. Il peut aussi s'agir exceptionnellement d'une fistule gastro-colique.
QROC 5	• Cause psychogène.	2	Le contexte clinique est évocateur. Il faut néanmoins s'assurer de l'absence de causes organiques
QROC 6	• Insuffisance surrénale aigue.	2	Y penser chez un patient sous corticothérapie au long cours (PR), avec probable rupture de traitement.
QROC 7	• Vomissements aigus. • Vomissements retardés. • Vomissements anticipés.	1 1 1	Ils relèvent de mécanismes et de prise en charge thérapeutique différents. - Les vomissements anticipés sont avant la perfusion, surtout liés à l'anxiété. - Les vomissements aigus sont < 24 heures. - Les vomissements retardés sont > 24 heures.
QROC 8	• TDM abdomino-pelvien injecté.	2 si tous les mots.	Il faut s'assurer de l'absence d'altération de la fonction rénale préalablement.
QROC 9	• Hémisuccinate d'hydrocortisone en URGENCE	1 1	A faire avant tout examen complémentaire, dès le diagnostic évoqué.
QROC 10	• Echographie abdominale centrée sur le foie et les voies biliaires.	2	• L'échographie est très performante pour la région hépatique et les voies biliaires. • C'est l'examen de première intention.
QROC 11	• La réhydratation.	2	Réalisée per os si possible avec des solutés de réhydratation orale. En cas d'échec ou de déshydratation sévère, l'enfant doit être hospitalisé pour une réhydratation IV.

QROC 12	• Ponction lombaire avec analyse bactériologique, biochimique, cytologique.	2	Le TDM cérébral sera fait en cas de contre-indication à la PL.
QROC 13	• La gastro parésie.	2	Il faut y penser en cas de vomissements chroniques, de dénutrition, et de difficultés à adapter le traitement antidiabétique.
QROC 14	• Lipasémie.	2	Seule la lipasémie > 3N permet de faire le diagnostic de pancréatite aigüe.
QROC 15	• Le glaucome aigu par fermeture de l'angle.	2	Y penser devant une céphalée brutale +/- vomissements, avec un œil rouge, douloureux et baisse d'acuité visuelle.
QROC 16	• Pseudo-kyste pancréatique	2	Le mécanisme est une compression externe du tube digestif (duodénum ++) par le pseudo-kyste, chez un patient aux antécédents de pancréatite aigüe.
QROC 17	• Evolution de la tumeur avec sténose de la lumière. • Carcinose péritonéale.	1 2	Des vomissements associés à une constipation peuvent aussi être liés à le prise de traitements (opiacés, certaines chimiothérapies).
QROC 18	• ECG	2	A ne pas oublier ++. Les anomalies à rechercher sont : - un raccourcissement du QT. - Un allongement du PR jusqu'à un BAV. - Une ébauche de cupule du segment ST. - Des troubles du rythme ventriculaires.
QROC 19	• Sétrons • Corticoïdes • Aprépitant	1 1 1	C'est le protocole pour les chimiothérapies fortement émétisantes.
QROC 20	• Endoscopie oeso-gastro-duodénale + iléo-coloscopie avec réalisation de biopsies en zone saine et lésée.	1 1 1	• Le diagnostic est suspecté à l'endoscopie et confirmé par l'histologie.
		/45	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Toujours rechercher une grossesse, une intoxication (médicaments, alcool), une HTIC et une insuffisance surrénale aigue. • Les explorations complémentaires ne sont pas systématiques.
Définition	Rejet actif par la bouche du contenu de l'estomac. Le centre du vomissement est situé dans la substance réticulée du tronc cérébral. Les vomissements aigus sont < 7 jours et se compliquent de déshydratation. Les vomissements chroniques sont > 7 jours et se compliquent de dénutrition
Etiologies	• Vomissements aigus - Causes abdominales Gastro-entérite aigue et TIAC, colique hépatique, colique néphrétique. Causes chirurgicales, pancréatite aigüe, ischémie mésentérique. Torsion de kyste ovarien, GEU - Causes toxiques - Causes neurologiques HTIC, syndrome méningé, syndrome vestibulaire, traumatisme cérébral, migraine. - Causes métaboliques Insuffisance surrénale aigue ++, hypercalcémie, acidocétose diabétique • Vomissements chroniques - Causes digestives : obstacle mécanique ou fonctionnel. - Causes psychiatriques : TCA et anxiété. - Grossesse - Autres : causes neurologiques, toxiques.
Clinique	Eliminer cliniquement les deux diagnostics différentiels : le mérycisme et les régurgitations. Orientation étiologique. Rechercher une complication.
Examens complémentaires	Aucun n'est indispensable en cas de gastro-entérite aigue non compliquée. • Bilan du retentissement : Iono, urée, créat : déshydratation. Albumine, pré-albumine : dénutrition. • Bilan étiologique : Selon la cause suspectée.
Traitement	• **Traitement étiologique ++** • Traitement symptomatique **Réhydratation ++** Sonde naso-gastrique si chirurgie prévue ou terrain à risque. Discuter les anti-émétiques en cas de vomissements non contrôlables par le traitement étiologique: domperidone, métoclopramine. • Vomissement induits par la chimiothérapie : - Sétrons - Aprépitant - Corticoïdes - Métoclopramine
Complications	• Syndrome de Mallory Weiss • Rupture de l'œsophage • Pneumopathie d'inhalation • Déshydration et troubles hydro-électrolytiques • Autres: œsophagite, hémorragie sous-conjonctivale.

UE questions isolées — Item 273

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - On parle d'hépatomégalie lorsque la distance entre limite supérieure de la matité hépatique et le bord inférieur du foie est supérieure à 12 cm. B - En cas d'hépatomégalie, une masse de l'hypochondre droit est palpée. C - Une hépatomégalie hétérogène peut être confondue avec des nodules hépatiques. D - On peut évoquer une hépatomégalie devant une masse hypogastrique mobile avec la respiration. E - L'examen de choix pour confirmer l'hépatomégalie est le TDM abdominal.
QCM 2	**Parmi ces propositions, lesquelles peuvent se présenter comme une masse de l'hypochondre droit ? (Jusqu'à 6 réponses)**
	A - Tumeur du rein droit. B - Hépatomégalie. C - Adénocarcinome de l'angle colique droit. D - Splénomégalie. E - Pseudo-kyste du pancréas. F - Adénocarcinome gastrique.
QCM 3	**Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - L'hydatidose hépatique est une cause d'hépatomégalie homogène. B - Les métastases hépatiques sont à l'origine d'une hépatomégalie hétérogène. C - Un abcès hépatique entraîne une augmentation diffuse du volume du foie et une hépatomégalie homogène. D - La NASH se traduit par une hépatomégalie hétérogène. E - Le carcinome hépato-cellulaire se traduit par une hépatomégalie hétérogène.
QCM 4	**Parmi ces propositions, lesquelles peuvent entraîner une hépatomégalie ? (Jusqu'à 8 réponses)**
	A - Insuffisance cardiaque droite. B - Cirrhose. C - NASH. D - Hémochromatose. E - Métastases hépatiques. F - Carcinome hépato-cellulaire. G - Péricardite constrictive. H - Stéatose alcoolique.
QCM 5	**A propos du foie cirrhotique (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Son bord inférieur est dit « tranchant ». B - Il est marronné à la palpation n. C - L'hépatomégalie est douloureuse. D - Un reflux hépato-jugulaire est mis en évidence à la palpation du foie. E - On peut parfois percevoir des nodules sur la surface du foie.
QCM 6	**Lesquels de ces signes sont en faveur d'un foie cardiaque par insuffisance cardiaque droite? (Jusqu'à 6 réponses)**
	A - Turgescence jugulaire. B - Crépitants bilatéraux à l'auscultation pulmonaire. C - Reflux hépato-jugulaire. D - Œdèmes des membres inférieurs. E - Angiomes stellaires F - Hépatomégalie douloureuse.

QCM 7 — **Quels sont les signes de cirrhose à l'échographie hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Contours du foie bosselé.
B - Ascite.
C - Hépatomégalie.
D - Reperméabilisation de la veine ombilicale.
E - Inversion du flux porte.

QCM 8 — **A propos de la ponction-biopsie hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Ce geste est réalisé sous anesthésie générale.
B - Il y a un risque d'hématome sous capsulaire du foie.
C - En cas d'hépatomégalie hétérogène, les biopsies se font dans le parenchyme lésé.
D - Le plus souvent, elle est faite à l'aveugle.
E - La PBH est contre-indiquée en cas de TP < 50%.

QCM 9 — **A propos des examens complémentaires pour l'hépatomégalie, (Jusqu'à 5 réponses)**

A - Un foie homogène hyperéchogène oriente vers une stéatose hépatique.
B - Pour différencier les différentes tumeurs hépatiques au TDM, des séquences sans injection et injectées au temps artériel suffisent.
C - En cas de découverte d'abcès hépatique, les hémocultures suffisent à trouver le germe en cause.
D - Une dilatation des veines hépatiques à l'échographie hépatique oriente vers une cause cardiaque de l'hépatomégalie.
E - Une hyperferritinémie n'est pas interprétable en cas de syndrome inflammatoire.

QCM 10 — **Lesquels de ces arguments cliniques, biologiques et échographiques sont en faveur d'une NASH ? (Jusqu'à 7 réponses)**

A - Tension artérielle supérieure ou égale à 130/85.
B - Hépatomégalie homogène hypoéchogène.
C - Foie mousse à la palpation.
D - Glycémie supérieure ou égale à 1g/L.
E - HDLc < 0.4g/L chez la femme.
F - Hypertriglycéridémie > 1.25g/L
G - Consommation chronique d'alcool.

QCM 11 — **En cas d'hépatomégalie hétérogène du foie, (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Une élévation de l'alpha foeto-protéine est en faveur d'un carcinome hépato-cellulaire.
B - Une tumeur kystique parfaitement liquidienne, sans paroi ni cloison, pourra rassurer sur la nature bénigne du kyste.
C - En cas de CHC, il y aura un wash out au temps portal ou tardif en IRM et TDM.
D - L'hémangiome bénin se réhausse en motte de la périphérie vers le centre.
E - L'adénome hépatique se réhaussera au temps artériel, sans wash out.
F - En cas de tumeur non réhaussée par le produit de contraste, il faut craindre des métastases.

QCM 12 — **A propos des masses abdominales : (Jusqu'à 5 réponses)**

A - La prise d'anticoagulants peut favoriser la survenue d'hématomes de paroi.
B - Une tumeur colique peut-être palpable.
C - Une masse abdominale avec ascite chez une femme ménopausée doit faire penser au cancer de l'endomètre.
D - Une masse hypogastrique chez une femme de 22 ans doit faire craindre un cancer du col utérin.
E - Une masse sus-pubienne mate à la percussion est en faveur d'une rétention d'urines.

QCM 13 — **Quels examens sont intéressants dans la démarche diagnostique d'une masse abdominale ? (Jusqu'à 6 réponses)**

A - ASP debout, de face.
B - Echographie abdomino-pelvienne.
C - La TDM est un examen clé pour le diagnostic de masse.
D - L'IRM abdomino-pelvienne.
E - Coloscopie.
F - Le premier examen à prescrire chez une femme en âge de procréer est le dosage plasmatique des béta-HCG.

QCM 14 — **A propos des masses épigastriques (Jusqu'à 6 réponses)**

A - Le cancer de l'estomac est une masse dure et pierreuse.
B - Le cancer du pancréas se révèle le plus souvent par une masse épigastrique ferme.
C - Les pseudo-kystes pancréatiques sont palpables lorsqu'ils sont volumineux.
D - En cas de tumeur du colon transverse, la masse palpée est mobile avec la respiration.
E - Le diagnostic d'adénocarcinome gastrique est confirmé par un TDM abdominal injecté.
F - Une hépatomégalie peut être la cause d'une masse épigastrique, surtout si elle est mobile avec la respiration.

QCM 15	A propos de la masse en fosse iliaque gauche : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un patient avec sigmoïdite diverticulaire devra toujours avoir une coloscopie avec biopsies à distance.
B - Le principal signe d'accompagnement en cas de grossesse extra-utérine est : des métrorragies abondantes de sang rouge.
C - C'est le TDM injecté qui fait le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire.
D - C'est la coloscopie qui fait le diagnostic de sigmoïdite diverticulaire.
E - Il n'y a pas besoin de faire de coloscopie en cas de rectorragies si des hémorroïdes sont retrouvées à l'examen clinique.

QCM 16	Concernant les masses hypogastriques, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut faire un toucher rectal à la recherche d'un fécalome.
B - Le CA125 est augmenté dans le cancer de l'ovaire.
C - En cas de tympanisme sus-pubien, il faut penser à un globe vésical.
D - En cas de métrorragies chez une femme de 70 ans, il faut évoquer un léiomyome utérin.
E - Chez une femme de 48 ans en péri-ménopause, la grossesse peut être écartée.

QCM 17	A propos des masses de l'hypochondre droit. (Jusqu'à 6 réponses)

A - L'examen de première intention est l'échographie hépatique et des voies biliaires.
B - En cas de cholécystite aigüe, la vésicule biliaire est palpable, en plus de la triade douleur – fièvre- ictère.
C - La vésicule biliaire de taille normale n'est pas palpable.
D - En cas de polykystose rénale, le rein droit peut être palpé en hypochondre droit.
E - En cas d'abcès hépatique, l'hépatomégalie est douloureuse.
F - Les lithiases vésiculaires sont hypoéchogènes avec renforcement postérieur à l'échographie.

QCM 18	A propos des masses abdominales, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les masses pariétales peuvent correspondre à une hernie.
B - En cas de lipome, la masse est infiltrée et non mobilisable par rapport au plan profond.
C - En contexte post-opératoire avec une masse pariétale et de la température, il faut penser à un abcès de paroi.
D - Les nodules de carcinose péritonéale s'accompagnent souvent d'ascite.
E - Une échographie ou un TDM sont le plus souvent nécessaires pour le diagnostic étiologique de la masse.

QCM 19	Quels examens d'imagerie sont utiles pour préciser une hépatomégalie homogène ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - ASP
B - Echographie-doppler hépatique.
C - TDM abdomino-pelvienne.
D - PET-scan.
E - IRM hépatique.

QCM 20	A propos des masses en fosse iliaque droite : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les tumeurs de caecum peuvent s'infecter.
B - Une défense en fosse iliaque droite avec un fébricule doit faire évoquer une sigmoïdite diverticulaire.
C - La torsion de l'ovaire est une urgence chirurgicale dans les 6 heures.
D - La recto-colite ulcéro-hémorragique est un diagnostic différentiel de l'appendicite en cas d'iléite.
E - Il faudra prescrire des béta-HCG chez la femme en âge de procréer pour éliminer une grossesse normale.

QROC 1	Quels sont les deux examens à visée microbiologique à demander en cas d'abcès hépatique ? (2 mots).
QROC 2	Quel diagnostic évoquer chez une patiente de 55 ans qui présente une masse palpée en fosse iliaque droite, avec un épanchement intra-abdominal déclive et mate à la percussion ? (1 mot).
QROC 3	Quel est l'examen de première intention à prescrire pour une hépatomégalie ? (1 mot).
QROC 4	Un patient de 65 ans se présente aux urgences pour douleurs abdominales et impossibilité d'uriner malgré un important besoin d'uriner. Vous sentez à la palpation une masse hypogastrique, mate à la percussion. Quel est le diagnostic le plus probable ? (1 mot).
QROC 5	Citez les 2 causes les plus fréquentes d'hépatomégalie homogène. (2 mots).
QROC 6	Quels sont les deux diagnostics en cas d'hépatomégalie hétérogène avec à l'imagerie une tumeur se réhaussant en périphérie au temps artériel, et dont le centre ne se réhausse jamais ? (2 mots).
QROC 7	Quelle complication tardive d'une pancréatite aigüe peut se révéler sous la forme d'une masse épigastrique ? (1 mot).
QROC 8	En cas de veines hépatiques et veine cave inférieure dilatées à l'échographie, avec un tableau d'hépatomégalie douloureuse, quel est l'examen complémentaire le plus pertinent pour avancer dans la démarche diagnostique ? (1 mot).
QROC 9	Quel est le diagnostic le plus probable chez une patiente de 30 ans ayant une masse ferme et bien limitée hypogastrique mobile avec l'utérus, avec des métrorragies ? (1 mot).
QROC 10	Un patient de 55 ans se présente à votre cabinet. Il est asymptomatique. A la palpation abdominale, vous trouvez une masse battante et expansive, péri-ombilicale, indolore. Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (1 mot).
QROC 11	Quelle est la principale donnée caractéristique de la stéatose hépatique à l'échographie ? (1 mot).
QROC 12	Quel examen morphologique hépatique permet de rechercher une surcharge en fer hépatique, dans un contexte de suspicion d'hémochromatose ? (1 mot).
QROC 13	Quels examens biologiques doivent-être prescrits pour rechercher un syndrome métabolique, dans le cadre d'une stéatose hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quel examen réaliser en cas de non concordance des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie pour déterminer la cause d'une hépatomégalie ? (1 mot).
QROC 15	Par quel mécanisme expliquez-vous la survenue d'un hydrocholécyste dans un contexte de cancer de la tête du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quelle est la cause la plus fréquente d'hépatomégalie sectorielle mais homogène ? (1 mot).
QROC 17	Quel diagnostic devez-vous craindre chez une patiente de 65 ans ayant une masse hypogastrique à la palpation et des métrorragies récentes ? (1 mot).
QROC 18	Quel test sérologique doit être fait devant un aspect de kyste biliaire simple chez un sujet au contact avec des chiens ? (1 mot)
QROC 19	Citez les deux causes les plus fréquentes d'hépatomégalie hétérogène. (2 mots).
QROC 20	Quelles sont les deux grandes contre-indications à la ponction-biopsie hépatique ? (2 mots).

2 Corrigé

		V F	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABCD** Une échographie hépatique centrée sur le foie est l'examen de choix en première intention.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABCEF** La splénomégalie se présentera comme une masse de l'hypochondre gauche.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
	F -	V	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Le kyste hydatique est à l'origine d'une hépatomégalie hétérogène. • La NASH donne une hépatomégalie diffuse et homogène.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABCDEFGH** Les causes d'hépatomégalie sont nombreuses. Il faut différencier les causes d'hépatomégalie homogène et hétérogène.
	B -	V	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	V	0.5	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : AE** • Le foie marronné est la caractéristique du foie métastatique. • Il n'y a que quelques causes d'hépatomégalie douloureuse : foie cardiaque, abcès hépatique et tumeur. • Le reflux hépato-jugulaire signe un foie cardiaque.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACDF** • Les crépitants pulmonaires font partie de l'insuffisance cardiaque gauche. Ils sont souvent présents en cas de foie cardiaque, car les patients souffrent le plus souvent d'insuffisance cardiaque globale. Mais dans la question, je spécifiais bien insuffisance cardiaque DROITE. • Les angiomes stellaires sont un signe d'insuffisance hépato-cellulaire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • L'ascite, l'inversion du flux porte, la reperméabilisation de la veine ombilicale sont des signes d'hypertension portale. • L'hépatomégalie et les contours du foie bosselés sont des signes de dysmorphie liés au remodelage du foie.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BE** • La PBH est un geste réalisable sous anesthésie locale. • En cas d'hépatomégalie hétérogène, les biopsies se font dans le parenchyme lésé et dans le parenchyme sain. • La PBH est un geste le plus souvent écho-guidé, en cas d'échec, le TDM ou la cœlioscopie peuvent-être utilisés. • Il y a un risque hémorragique majeur en cas de plaquettes < 50G/L ; TP < 50% ou TCA allongé.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Pour l'analyse des différentes tumeurs en TDM, il faut aussi les temps portal et tardif : wash out au temps portal du CHC. • En cas d'abcès hépatique, il faut aussi demander une sérologie amibienne. • En cas de syndrome inflammatoire, il y aura une « fausse » hyperferritinémie. Il faudra la recontrôler à distance du phénomène inflammatoire.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Le foie est hyperéchogène dans la stéatose hépatique. • Pour entrer dans le cadre du syndrome métabolique, - la glycémie doit-être supérieure ou égale à 1.1g/L. - la triglycéridémie doit-être supérieure ou égale à 1.5 g/L. • La consommation chronique d'alcool est en faveur d'une étiologie alcoolique à la stéatose.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	F	0.5	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
	G -	F	0.5	

QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABCDEF** En cas de kyste parfaitement liquidien, le diagnostic est un kyste biliaire simple.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABE** • C'est au cancer de l'ovaire qu'il faut penser devant une masse annexielle avec ascite chez une femme d'âge mur. • Il faut penser à la grossesse avant tout devant une masse hypogastrique chez une femme en âge de procréer. •
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : BCF** • L'ASP n'a plus que quelques indications, il n'apporte pas beaucoup pour le diagnostic d'une masse abdominale. • L'IRM n'a que des indications limitées au niveau de l'abdomen, elle est surtout utilisée pour l'étude du foie. • La coloscopie n'est pas l'examen de première intention pour le diagnostic de masse abdominale. Elle sera réalisée en cas de suspicion de lésion colo-rectale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
	F -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ACF** • Le pancréas est un organe profond, le cancer du pancréas est palpable à un stade tardif de l'évolution. Il se révèle le plus souvent par un ictère nu avec altération rapide et majeure de l'état général. • Le diagnostic de certitude de la plupart des cancers est histologique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	0.5	
	E -	F	0.5	
	F -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : AC** • La coloscopie dans le cadre de la sigmoïdite recherche un cancer du sigmoïde passé pour une simple sigmoïdite diverticulaire • Les métrorragies typiques dans la GEU sont de sang marron, peu abondantes. • Il faut toujours faire une coloscopie, sauf contre-indication, chez un patient qui présente une hémorragie digestive.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : AB** • Le globe vésical est mat à la percussion. • En cas de métrorragies post-ménopausiques, il faut penser au cancer de l'endomètre ++ • La grossesse est toujours possible en péri-ménopause.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Il n'y a pas d'ictère dans la cholécystite aigüe, la voie biliaire principale n'est pas obstruée. • Les lithiases sont hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur à l'échographie. • Lorsqu'elles sont intra-vésiculaires, on peut les différencier avec une tumeur en faisant tourner le patient : la lithiase se mobilise avec le patient, contrairement à la tumeur qui restera fixée.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ACD** Les lipomes sont des masses lisses, molles et mobiles.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BCE** • L'ASP n'a quasiment plus d'indications. • Le PET-scan n'a pas d'indication ici. •
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	V	1	**Réponse : AC** • La sigmoïdite donne typiquement ce tableau en fosse iliaque gauche. Ici, il faut penser à l'appendicite. • Non, c'est la maladie de Crohn qui donne des iléites. La RCUH est localisée au niveau du colon et rectum. • En cas de douleur en fosse iliaque droite chez une femme jeune, il faut penser à la grossesse extra-utérine droite ++
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Hémocultures. • Sérologie amibienne.	1 2	Il faut toujours redouter une amoebose hépatique devant un abcès.
QROC 2	• Cancer de l'ovaire droit.	2	• C'est le diagnostic à évoquer devant toute ascite de la femme d'âge mur, d'autant plus qu'il y a une masse à la palpation. • Le premier examen à réaliser est l'échographie pelvienne.
QROC 3	• Echographie (-doppler) abdominale /hépatique	2	Il confirmera l'hépatomégalie, précisera si elle est homogène ou hétérogène et aidera au diagnostic étiologique.
QROC 4	• Rétention aigue d'urine.	2	• Les deux possibilités thérapeutiques sont : - le sondage urétral. - le cathétérisme sus-pubien. • A noter que chacune de ces techniques a des contre-indications. • Il faudra prévenir l'hémorragie à vacuo (clamper tous les 500 cc) et le syndrome de levée d'obstacle (compensation volume à volume).
QROC 5	• Stéatose hépatique • Cirrhose hépatique	1 1	• La stéatose hépatique est hyperéchogène. • Le diagnostic de cirrhose est histologique.
QROC 6	• Abcès hépatique. • Tumeur nécrosée.	2 2	Une ponction pour analyse microbiologique sera réalisée en cas de syndrome inflammatoire important.
QROC 7	• Pseudo-kyste pancréatique.	2	Ils peuvent se révéler par - une masse - la compression des voies biliaire, du duodénum.
QROC 8	• Echocardiographie trans-thoracique.	2	A la recherche d'une insuffisance cardiaque droite.
QROC 9	• Fibrome utérin / Léiomyome utérin.	2	Le diagnostic sera confirmé par une échographie pelvienne.
QROC 10	• Anévrysme de l'aorte abdominale.	2	• L'échographie abdominale fera le diagnostic positif. • Il faudra faire un bilan cardio-vasculaire complet à ce patient.
QROC 11	• Hyperéchogénicité.	2	Bien connaître les principales caractéristiques échographiques des hépatopathies.

QROC 12	• IRM hépatique.	2	L'IRM permet de s'assurer de la surcharge hépatique en fer.
QROC 13	• Glycémie à jeun. • Bilan lipidique.	1 1	A la recherche d'une hypertriglycéridémie, d'une hypoHDLcholestérolémie.
QROC 14	• Une ponction-biopsie hépatique.	2	Il faudra s'assurer de l'absence de contre-indications : - bilan de coagulation. - échographie abdominale.
QROC 15	• Compression de la voie biliaire principale /cholédoque par la tumeur.	2	C'est souvent par une complication biliaire que le cancer du pancréas est découvert.
QROC 16	• La cirrhose.	2	L'augmentation d'un secteur du foie peut-être une réponse à l'atrophie d'autres secteurs.
QROC 17	• Cancer de l'endomètre.	2	• Il faut y penser devant des métrorragies chez une femme ménopausée, d'autant plus qu'elle présente une masse à la palpation. • Il faudra faire une échographie pelvienne en première intention.
QROC 18	• La sérologie pour l'échinococcose.	2	Devant une image de kyste biliaire simple, il faut éliminer une échinococcose chez les patients - ayant vécu en zone d'endémie. - ayant des contacts avec des chiens.
QROC 19	• Tumeur bénigne du foie. • Tumeur maligne du foie.	1 1	Ce sont l'imagerie et éventuellement l'histologie qui vont orienter vers le type de tumeur.
QROC 20	• Troubles de la coagulation. • Ascite.	2 2	Le bilan de coagulation doit être : - TP > 50%. - plaquettes > 50G/L. - TCA normal.
		/45	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Connaitre les principales contre-indications de la ponction-biopsie hépatique : - troubles de la coagulation : TP < 50%, plaquettes < 50G/L, TCA allongé. - ascite. • Rechercher une tumeur hépatique devant une hépatomégalie hétérogène. • Devant une masse abdominale, éliminer : - une grossesse. - un globe vésical - un fécalome.
Etiologies	• Hépatomégalies homogènes : - Hépatopathies aigues et chroniques. - Stéatose hépatique. - Cholestase chronique. - Cirrhose. - Foie cardiaque. - Abcès hépatique. - Hémochromatose. • Hépatomégalies homogènes sectorielles : - Essentiellement les **cirrhoses**. • Hépatomégalies hétérogènes : - Cirrhose - **Tumeur bénignes** - **Tumeurs malignes** primitives et secondaires. Pour les étiologies des masses abdominales, rechercher les organes quadrant par quadrant sans oublier l'appareil uro-génital, l'aorte et les causes pariétales. La plupart des masses sont liées à une pathologie tumorale, infectieuse ou inflammatoire.
Examens complémentaires	• Echographie-doppler hépatique - Hépatomégalie quand la hauteur du foie est > 12 cm. - Diagnostic étiologique : voies biliaires, vaisseaux, morphologie hépatique. - Recherche de signes d'hypertension portale. • TDM, IRM - Analyse des tumeurs avec les coupes : sans injection, temps artériel, portal et tardif. - A l'IRM, il est possible de rechercher une surcharge hépatique en fer. • Ponction-biopsie hépatique - EN L'ABSENCE DE CONTRE-INDICATIONS ++

UE questions isolées

Item 274

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - La plupart des sujets ayant une lithiase vésiculaire présentent une colique hépatique sans complication. B - La majorité des calculs vésiculaires sont de type cholestéroliques. C - La grossesse majore le risque de maladie lithiasique en entraînant un excès de sécrétion biliaire de cholestérol. D - En cas de maladie hémolytique, l'augmentation de production de la bilirubine peut se compliquer de calculs cholestéroliques. E - Le jeûne prolongé est un facteur de risque de lithiase vésiculaire.
QCM 2	Parmi ces propositions, quels signes et symptômes peuvent-être retrouvés dans la colique hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Ictère. B - Signe de Murphy. C - Fièvre. D - Douleur à l'omoplate droite. E - Masse de l'hypochondre droit.
QCM 3	A propos de la douleur de colique hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)
	A - A l'examen clinique, il y a une douleur provoquée lors de l'inspiration forcée, par la palpation du point de McBurney. B - Les sujets peuvent se présenter avec une douleur de l'omoplate droite. C - Une élévation des transaminases à la biologie témoigne d'une migration lithiasique. D - C'est une douleur lié à la mise en tension des voies biliaires : le canal cystique ou le cholédoque. E - La colique hépatique simple s'accompagne d'un ictère.
QCM 4	A propos de la cholécystite aigue : (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Elle est due à une obstruction du cholédoque. B - L'évolution peut se compliquer d'une péritonite biliaire. C - La NFS retrouve une élévation des PNN. D - L'échographie retrouve un épaississement des parois vésiculaires. E - Les calculs sont hypoéchogènes avec renforcement postérieur.
QCM 5	Parmi ces propositions, lesquelles sont retrouvées dans l'angiocholite ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Ictère. B - Signe de Murphy. C - Fièvre. D - Douleur à l'omoplate droite. E - Masse de l'hypochondre droit.
QCM 6	Concernant l'échographie hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)
	A - C'est l'examen de première intention à prescrire pour une pathologie lithiasique. B - Le diagnostic de pancréatite aigüe est possible à l'aide de l'échographie. C - Les calculs vésiculaires, même de toute petite taille, sont bien visualisés. D - Une dilatation du cholédoque est retrouvée en cas de colique hépatique simple. E - Il y a un épaississement des parois vésiculaires en cas de cholécystite aigue.
QCM 7	Parmi ces propositions, lesquelles peuvent-être retrouvés dans la cholécystite aigue. (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Ictère. B - Signe de Murphy. C - Fièvre. D - Douleur à l'omoplate droite. E - Masse de l'hypochondre droit.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est important de dépister la lithiase vésiculaire afin de prévenir les complications évolutives.
B - La prise en charge thérapeutique d'une lithiase vésiculaire asymptomatique est la cholécystectomie à programmer.
C - Le sexe féminin est un facteur de risque de maladie lithiasique (calculs cholestéroliques).
D - Le dépistage de la lithiase du cholédoque est inutile.
E - Les sténoses cholédociennes sont un facteur de risque de lithiase pigmentaire.

QCM 9	A propos de l'angiocholite aigue : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une infection de la voie biliaire principale.
B - Le syndrome infectieux est au premier plan, jusqu'au choc septique.
C - En cas d'altération majeure de l'état générale, il faut penser au cancer de la tête du pancréas.
D - Elle se traduit par l'apparition successive de : fièvre – douleur – ictère.
E - Biologiquement, il y a une cytolyse sans cholestase.

QCM 10	Parmi ces propositions, lesquelles sont retrouvées dans l'hydrocholécyste ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Ictère.
B - Signe de Murphy.
C - Fièvre.
D - Douleur à l'omoplate droite.
E - Masse de l'hypochondre droit.

QCM 11	A l'aide de quels examens peut-on mettre en évidence des calculs radiotransparents du cholédoque ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Echographie hépatique.
B - Scanner abdominal.
C - ASP.
D - Echo-endoscopie.
E - Cholangio-IRM.

QCM 12	Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont un facteur de risque de maladie lithiasique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Sexe féminin.
B - Multiparité.
C - Surpoids.
D - Jeûne.
E - L'âge avancé.

QCM 13	A propos de la prise en charge d'une cholécystite aigue lithiasique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La cholécystectomie est à programmer dans les 3 mois, à froid.
B - Un remplissage vasculaire adapté à l'hémodynamique précoce est mis en route.
C - Une cholécystectomie est réalisée en urgence.
D - La sphinctérotomie endoscopique biliaire est réalisée en urgence.
E - Elle inclut une antibiothérapie active sur les germes digestifs.

QCM 14	Concernant les calculs vésiculaires asymptomatiques, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement repose sur une cholécystectomie programmée.
B - Le sludge vésiculaire ne nécessite pas de prise en charge thérapeutique.
C - Le traitement chirurgical est indiqué en cas de douleurs abdominales diffuses chroniques.
D - Un suivi au long cours est nécessaire, avec une échographie hépatique et des voies biliaires par an.
E - Il n'y a pas d'indication à un traitement chirurgical.

QCM 15	Pour les calculs de la voie biliaire principale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une désobstruction de la voie biliaire principale est nécessaire, même si le sujet est asymptomatique.
B - Le traitement repose sur une cholécystectomie seule.
C - Il n'y a pas d'indication à traiter en cas de calculs asymptomatiques.
D - Une sphinctérotomie endoscopique biliaire est possible.
E - La cholécystectomie est obligatoire.

QCM 16	Parmi ces propositions, lesquelles font partie du traitement de l'angiocholite lithiasique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Antibiothérapie large spectre active sur les germes digestifs.
B - Cholécystectomie en urgence.
C - Remplissage vasculaire.
D - Cholécystectomie à froid.
E - Sphinctérotomie endoscopique lors d'une cholangiographie rétrograde endoscopique en urgence.

QCM 17	La prise en charge thérapeutique de la colique hépatique simple : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Repose sur une cholécystectomie en urgence.
B - Repose sur une cholécystectomie à froid.
C - Les antispasmodiques sont efficaces pour l'antalgie.
D - Repose sur une antibiothérapie en urgence.
E - La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique avec sphinctérotomie endoscopique est à programmer.

QCM 18	Quels sont les diagnostics différentiels de la maladie lithiasique, en cas d'angiocholite? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Parasitose: ascaridiose.
B - Cancer de la tête du pancréas.
C - Cancer de la queue du pancréas.
D - Cholangiocarcinome.
E - Pseudo-kystes pancréatiques.

QCM 19	Lesquelles de ces perturbations biologiques sont retrouvées dans l'angiocholite ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elévation des polynucléaires neutrophiles.
B - Elévation de la CRP.
C - Elévation des transaminases.
D - Augmentation des PAL, gamma GT.
E - Augmentation de la bilirubine libre.

QCM 20	Concernant la pancréatite aigüe biliaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un calcul est enclavé dans la voie biliaire principale.
B - Le traitement repose sur la sphinctérotomie endoscopique en urgence pendant la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique.
C - L'échographie des voies biliaires doit-être faite en urgence pour déterminer la cause biliaire.
D - Le scanner abdominal doit-être fait en urgence pour déterminer le score de Balthazar.
E - Le traitement repose sur la cholécystectomie en urgence.

QROC 1	Quelle est la triade clinique correspondant à l'angiocholite ? (3 mots).
QROC 2	Quel est le traitement chirurgical, et dans quel délai, d'une cholécystite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quel examen de première intention prescrire devant un tableau de colique hépatique ? (1 mot).
QROC 4	Quelles complications de la maladie lithiasique s'accompagnent d'un syndrome infectieux ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quel est le diagnostic différentiel d'une angiocholite lithiasique à redouter chez un patient présentant une altération de l'état général majeur depuis 3 semaines ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Citez les trois principaux types de calculs biliaires. (3 mots).
QROC 7	Quelle est la donnée échographique confirmant l'angiocholite (quelle que soit sa nature) ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quel est le traitement chirurgical d'une crise de colique hépatique ? (1 mot)
QROC 9	Quels examens sont performants pour mettre en évidence une lithiase de la voie biliaire principale, si elle n'est pas mise en évidence à l'échographie ? (2 mots).
QROC 10	Quel est le signe à rechercher à la palpation pendant l'examen clinique chez un sujet ayant une colique hépatique ? (1 mot).
QROC 11	Quel est le traitement chirurgical d'une angiocholite aigue lithiasique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelle anomalie biologique témoigne d'une migration lithiasique en cas de colique hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quels sont les 3 principaux obstacles intra-luminaux à l'origine d'une angiocholite ? (3 mots).
QROC 14	Quel traitement chirurgical proposez-vous pour une pancréatite aigüe biliaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quelle complication évoquer devant un tableau de colique hépatique fébrile ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Dans quelles complications de la lithiase vésiculaire y a-t'il une cholestase à la biologie (2 mots).
QROC 17	Quel type de calcul vésiculaire est favorisé par une hémolyse chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quel traitement proposez-vous chez un sujet présentant une lithiase vésiculaire asymptomatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quel traitement proposez-vous pour un sujet présentant une lithiase cholédocienne asymptomatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quels sont les signes échographiques confirmant la cholécystite aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

QCM		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Dans plus de 80% des cas, les lithiases vésiculaires sont asymptomatiques. • Il y a 3 types de calculs : cholestéroliques, pigmentaires et mixtes. • Pendant la grossesse, il y a aussi une rétention vésiculaire, qui favorise leur survenue. • Les calculs liés à un excès de bilirubine libre sont pigmentaires.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : BD** • Il n'y a pas d'ictère dans la colique hépatique car pas d'atteinte de la voie biliaire principale. • Le syndrome infectieux témoigne d'une complication : la cholécystite, l'angiocholite.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Le signe de Murphy est la douleur provoquée par la palpation de l'aire vésiculaire. La douleur au point de McBurney est caractéristique de l'appendicite aigüe. • L'irradiation de la douleur dans l'omoplate droite est parfois isolée, il faut savoir y penser. • Non, dans la colique hépatique simple, le calcul se situe dans le canal cystique et n'entraîne pas d'ictère
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : BCD** • La cholécystite aigue est une complication liée à l'obstruction prolongée du canal cystique. • La péritonite biliaire est possible en cas de perforation vésiculaire. • Elle s'accompagne d'un syndrome inflammatoire clinique et biologique. • Les calculs sont hyperéchogènes avec cône d'ombre postérieur.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • La triade de l'angiocholite est : douleur – fièvre – ictère. • La vésicule biliaire est tendue et peut-être palpée dans l'hypochondre droit.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Des signes de pancréatite aigüe peuvent être mis en évidence, mais devront être confirmés par la lipasémie > 3N. • Il n'y a pas de dilatation du cholédoque en cas de colique hépatique simple. Une lithiase de la voie biliaire principale est à risque de se compliquer d'angiocholite, de pancréatite aigüe.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • Il n'y a pas d'ictère car pas d'atteinte cholédocienne. • Le signe de Murphy est retrouvé, et la douleur à l'omoplate droite est une irradiation. • La vésicule biliaire est tendue et peut être palpée.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : CDE** • Le risque de survenue d'une complication de la maladie lithiasique en cas de calculs asymptomatiques est de 20%, ce qui ne justifie pas un dépistage de masse. • Cela ne justifie pas non plus de prise en charge thérapeutique en cas de découverte fortuite d'une maladie lithiasique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABC** • La triade classique de l'angiocholite est : douleur – fièvre – ictère.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Il n'y a pas de syndrome infectieux, ni d'obstruction du cholédoque dans l'hydrocholécyste. • La vésicule biliaire est augmentée de volume et peut-être palpée.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • Les calculs radio-transparents à l'ASP sont le plus souvent visibles au scanner. • La cholangio-IRM et l'écho-endoscopie sont les examens les plus performants pour mettre en évidence les calculs.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Ce sont les facteurs de risque de lithiase cholestérolique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Dans la cholécystite aigüe, il faut traiter : - le sepsis par un remplissage vasculaire adapté et une antibiothérapie. - la douleur avec des antalgiques de niveau 1 à 2. - le traitement étiologique repose sur la cholécystectomie en urgence, il n'y a pas d'intérêt à la faire à froid.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : BE** • Il n'y a pas d'indication de traitement ou de suivi en cas de lithiase vésiculaire asymptomatique. • Les douleurs abdominales chroniques ne sont pas une indication de cholécystectomie, ils ne sont pas liés à la lithiase vésiculaire.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Ici, même si le sujet est asymptomatique, les calculs sont dans le cholédoque, et non intra-vésiculaires. Il faut donc les enlever pour prévenir une complication. • La désobstruction est possible en per-opératoire ou par sphinctérotomie endoscopique. • La cholécystectomie est obligatoire pour empêcher les récidives.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Le traitement en urgence repose sur: - le sepsis : antibiothérapie et remplissage vasculaire. - l'antalgie. - la désobstruction du cholédoque : sphinctérotomie endoscopique en urgence. • Le traitement préventif secondaire sera réalisé à froid : - cholécystectomie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	F	1	**Réponse : BC** • Il n'y a pas de complication aigüe, il n'y a donc pas d'urgence à faire la cholécystectomie (traitement préventif des complications ultérieures). • Il n'y a pas de sepsis, les antibiotiques n'ont donc aucun intérêt. • La CPRE avec sphinctérotomie endoscopique permet de désobstruer le cholédoque, qui est libre en cas de simple lithiase vésiculaire.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • L'obstruction est d'origine intra-luminale dans la lithiase de la voie biliaire principale, l'ascaridiose, le cholangiocarcinome. • L'obstruction est par compression extrinsèque en cas : de cancer de la tête du pancréas, d'adénopathie, de pseudo-kyste pancréatique , ..
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • Il y a un sepsis => syndrome inflammatoire biologique. • Il y a une cholestase => augmentation des PAL, gamma GT et de la bilirubine conjuguée. • L'augmentation des transaminases témoigne d'une souffrance hépatique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 20	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Le scanner abdominal est recommandé à 48 heures pour évaluer les complications: coulées de nécrose, réhaussement de la glande pancréatique, pseudo-anévrysmes. • La cholécystectomie est faite à froid, comme pour l'angiocholite.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Douleur. • Fièvre. • Ictère.	1 1 1	C'est la triade caractéristique de l'angiocholite. - La douleur est le premier symptôme, avec un signe de Murphy. - Puis, il y a une fièvre avec frissons, le syndrome septique est souvent sévère. - Enfin apparait l'ictère.
QROC 2	• Cholécystectomie en urgence / dans les 72 heures.	2	Il n'y a pas lieu d'attendre pour faire une cholécystectomie à froid en cas de cholécystite.
QROC 3	• Echographie abdominale / des voies biliaires.	1	L'échographie recherche : - la présence d'une lithiase vésiculaire ou de la voie biliaire principale. - des signes de complication : dilatation des voies biliaires, pancréatite, cholécystite.
QROC 4	• Cholécystite aigüe. • Angiocholite.	1 1	Dans ces deux complications, on retrouve : - un syndrome septique clinique : fièvre, frissons. - un syndrome inflammatoire biologique : CRP et PNN élevés.
QROC 5	• Cancer de la tête du pancréas.	2	Le mécanisme est une compression externe de la voie biliaire principale par la tumeur.
QROC 6	• Calculs cholestéroliques. • Calculs pigmentaires. • Calculs mixtes.	1 1 1	Le ratio est : - 80% de calculs cholestéroliques. - 20% de calculs pigmentaires. - calculs mixtes.
QROC 7	• La dilatation de la voie biliaire principale.	2	• C'est le signe échographique confirmant l'angiocholite. • En cas d'origine lithiasique, l'échographie pourra montrer des calculs vésiculaires et cholédociens.
QROC 8	• Cholécystectomie programmée.	2	La cholécystectomie est le traitement préventif des récidives et des complications.
QROC 9	• Cholangio-IRM. • Echo-endoscopie.	2 2	• L'IRM n'est pas réalisable chez un malade nécessitant une prise en charge en urgence. • L'écho-endoscopie peut-être réalisée juste avant la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique.
QROC 10	• Signe de Murphy.	2	C'est une douleur provoquée lors de l'inspiration forcée, par la palpation de l'aire vésiculaire.
QROC 11	• Sphinctérotomie endoscopique en urgence. • Cholécystectomie à froid.	1 2	• Ne pas oublier la cholécystectomie à froid. • La sphinctérotomie endoscopique se fait pendant la cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique.

QROC 12	• Cytolyse hépatique / Elévation des transaminases.	2	Leur élévation peut persister 48 heures. La cholestase biologique est présente en cas d'obstacle persistant du cholédoque.
QROC 13	• Parasitose / Douve/ Ascaridiose. • Tumeur des voies biliaires /Cholangiocarcinome. • Lithiase de la voie biliaire principale / cholédocienne.	2 2 1	L'étiologie la plus fréquente en France est la maladie lithiasique.
QROC 14	• Sphinctérotomie endoscopique en urgence. • Cholécystectomie à froid.	1 2	Le traitement chirurgical est similaire à celui d'une angiocholite aigue lithiasique.
QROC 15	• Cholécystite aigüe.	2	• La cholécystite aigue se présente avec : - Douleur de colique hépatique et signe de Murphy. - Fièvre et frissons. • Une masse de l'hypochondre droit peut-être retrouvée à la palpation de l'hypochondre droit.
QROC 16	• Angiocholite /Lithiase de la voie biliaire principale. • Pancréatite aigüe biliaire. Si cholécystite :	1 2 0	La cholestase témoigne d'un obstacle persistant de la voie biliaire principale.
QROC 17	• Calcul pigmentaire.	2	La lithiase pigmentaire est liée à la déconjugaison de la bilirubine qui devient alors insoluble.
QROC 18	• Aucun • Si traitement ou suivi :	1 0	Il n'y a pas lieu de proposer un traitement ou un suivi particulier à un sujet présentant une lithiase vésiculaire asymptomatique.
QROC 19	• Extraction des calculs/ Sphinctérotomie endoscopique. • Cholécystectomie.	1 2	Ne pas oublier la cholécystectomie.
QROC 20	• Lithiase dans le canal cystique. • Epaississement des parois de la vésicule biliaire / Aspect feuilleté. • Signe de Murphy échographique.	1 1 1	L'échographie recherche aussi des complications : - abcès de paroi vésiculaire. - épanchement péri-vésiculaire. - dilatation de la voie biliaire principale.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas de traitement ou suivi pour la lithiase vésiculaire asymptomatique. • Ne pas oublier la cholécystectomie à froid pour la maladie lithiasique symptomatique, en dehors de la cholécystite aigüe. • Evoquer un cancer de la tête du pancréas en cas de dilatation de la voie biliaire principale et altération majeure de l'état général.
Définition	Il existe trois types de calculs biliaires : • **Calculs cholestéroliques** Favorisés par un excès de sécrétion biliaire de cholestérol, un défaut de sécrétion de phospholipides ou sels biliaires ou une rétention vésiculaire : - Grossesse - Surpoids et variations de poids - Jeûne - Âge et sexe féminin - Hypertriglycéridémie et certains médicaments (pilule oestro-progestative, fibrates) • **Calculs pigmentaires** Favorisés par la bilirubine déconjuguée insoluble : - Hémolyse chronique - Infections biliaires - Stase biliaire : sténoses - Origines d'Asie du Sud-Est • **Calculs mixtes**
Clinique	• Douleur de colique hépatique et signe de Murphy en cas de colique hépatique simple. • Ictère en cas de lithiase de la voie biliaire principale / angiocholite. • Syndrome septique en cas de cholécystite aigue ou angiocholite. • Pancréatite aigüe biliaire.
Examens complémentaires	• L'échographie hépatique C'est l'examen de première intention pour une suspicion d'affection des voies biliaires. Elle permet : - le diagnostic positif de maladie lithiasique. - les complications : dilatation des voies biliaires, vésicule biliaire distendue. - les diagnostics différentiels : cancer du pancréas, cholangiocarcinome, ... • La CPRE Pour la prise en charge des lithiases de la voie biliaire principale. Elle permet de réaliser une sphinctérotomie endoscopique. • L'écho-endoscopie Excellent examen pour visualiser les lithiases de la voie biliaire principale et écarter les diagnostics différentiels de dilatation du cholédoque. • La cholangio-IRM Excellent examen pour visualiser les lithiases de la voie biliaire principale. • La biologie : - Syndrome inflammatoire biologique en cas de cholécystite aigue et angiocholite. - Cholestase et cytolyse en cas d'angiocholite. - Cytolyse isolée en cas de migration lithiasique (calculs vésiculaires).

Traitement	• Abstention thérapeutique en cas de <u>lithiase vésiculaire asymptomatique</u>. • Cholécystectomie à programmer en cas de <u>colique hépatique simple</u>. • <u>Cholécystite</u> : - Traitement médical en urgence Antibiothérapie et remplissage vasculaire pour le sepsis. Traitement antalgique - Traitement chirurgical Cholécystectomie en urgence • <u>Angiocholite</u> : - Traitement médical similaire à celui de la cholécystite - Traitement chirurgical : Sphinctérotomie endoscopique avec CPRE en urgence pour lever l'obstacle. Cholécystectomie à froid. • <u>Pancréatite aigüe biliaire</u> : - Traitement médical de la PA. - Traitement chirurgical similaire à celui de l'angiocholite.

UE questions isolées — Item 276

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces signes et symptômes, lesquels sont liés à l'insuffisance hépato-cellulaire ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Hippocratisme digital.
B - Ascite.
C - Splénomégalie.
D - Ictère.
E - Circulation veineuse collatérale.
F - Ongles blancs.
G - Varices œsophagiennes.
H - Angiomes stellaires.

QCM 2	Concernant la prise en charge des hémorragies aigues par rupture de varices œsophagiennes : (Jusqu'à 6 réponses)

A - L'érythromycine IV permet de prévenir le risque d'infection du liquide d'ascite.
B - L'endoscopie digestive haute n'est pas obligatoire en cas d'arrêt spontané du saignement.
C - En cas d'hémorragie digestive, il est recommandé de prévenir l'infection du liquide d'ascite.
D - Un traitement vaso-actif par somatostatine vise à réduire la pression portale.
E - La prévention secondaire repose sur la ligature des varices.
F - En cas de déglobulisation aigüe, une transfusion de PGR est réalisée avec pour objectif Hb > 10g/dL.

QCM 3	Parmi ces propositions, lesquelles entrent dans le score de Child-Pugh : (Jusqu'à 8 réponses)

A - Valeur du TP.
B - Encéphalopathie.
C - Ictère.
D - Ascite.
E - Bilirubine totale.
F - ASAT.
G - Albuminémie.
H - Alpha-foeto-protéine.

QCM 4	A propos du syndrome hépato-rénal, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement repose sur la terlipressine.
B - C'est une insuffisance rénale d'allure organique.
C - La transplantation hépatique n'est que transitoirement efficace.
D - La noradrénaline est indiquée.
E - Le pronostic vital est effroyable.

QCM 5	Concernant la prise en charge à long terme de la cirrhose alcoolique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La vaccination contre le VHA est recommandée.
B - Il faut vacciner les patients contre l'hépatite C.
C - Le diagnostic d'hépatite aigue alcoolique se fait par ponction-biopsie hépatique voie transcutanée.
D - En cas d'hépatite alcoolique aigue sévère, une corticothérapie améliore le pronostic.
E - La prise en charge repose sur l'arrêt de l'alcool.

QCM 6	Lesquelles de ces propositions sont des complications de la cirrhose ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Rupture de varices œsophagienne.
B - Hépatite alcoolique aigue.
C - Encéphalopathie hépatique.
D - Infection du liquide d'ascite.
E - Rupture de varices rectales.
F - Syndrome hépato-rénal.
G - Carcinome hépato-cellulaire.
H - Cancer du pancréas.

QCM 7	Concernant le traitement étiologique de la cirrhose, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un traitement par interferon et antiviraux est indiqué en cas d'hépatite C avec cirrhose décompensée.
B - Pour le syndrome de Budd Chiari ; il repose sur un traitement anticoagulant.
C - Pour l'hémochromatose, le traitement passe par un chélateur du fer.
D - Un traitement par corticoïdes et azathioprine est recommandé en cas d'hépatite auto-immune active.
E - En cas de maladie de Wilson, le traitement repose sur des chélateurs du fer.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies à propos de l'histologie dans la cirrhose hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le diagnostic de cirrhose peut se faire sans histologie, en cas de concordance des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie.
B - Des nodules de régénération sont caractéristiques.
C - Le parenchyme hépatique conserve une organisation de son architecture.
D - Le parenchyme est le siège d'une fibrose annulaire.
E - Le diagnostic étiologique de cirrhose est souvent mis en évidence.

QCM 9	Concernant l'infection du liquide d'ascite : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Prise en charge à temps, elle est de bon pronostic.
B - Le diagnostic repose sur la ponction d'ascite exploratrice avec PNN > 250/mm^3
C - Il faut faire une ponction exploratrice de contrôle à 48 heures.
D - Le traitement repose sur une ponction évacuatrice d'ascite, avec perfusion d'albumine.
E - La prévention secondaire repose sur un antibioprophylaxie pour une durée de 7 jours.

QCM 10	Parmi ces signes et symptômes, lesquels sont liés à l'hypertension portale ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Foetor hepaticus.
B - Ascite.
C - Splénomégalie
D - Angiomes stellaires.
E - Circulation veineuse collatérale.
F - Ongles blancs.
G - Reperméabilisation de la veine ombilicale.
H - Hippocratisme digital.

QCM 11	Pour la prise en charge des complications de la cirrhose : l'ascite. (Jusqu'à 5 réponses)

A - En cas d'ascite importante, une ponction évacuatrice est réalisée, avec perfusion d'albumine et expansion volémique.
B - Les diurétiques de première intention pour contrôler les poussées d'ascite sont : furosémide.
C - Le régime est désodé.
D - L'ascite réfractaire est une indication de transplantation hépatique.
E - Les patients sont en restriction hydrique.

QCM 12	Parmi ces anomalies biologiques, lesquelles orientent vers une cause alcoolique à la cirrhose ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Diminution du facteur V.
B - Thrombopénie.
C - VGM > 100 fL.
D - Bloc béta-gamma à l'électrophorèse des protéines plasmatiques.
E - Hypoalbuminémie.

QCM 13	Lesquelles de ces propositions sont une indication de transplantation hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Cirrhose Child Pugh C.
B - Ascite réfractaire.
C - Syndrome hépato-rénal.
D - Carcinome hépato-cellulaire unique< 5 cm.
E - Une cirrhose décompensée sur hépatite C ne répondant pas au traitement antiviral.

QCM 14	Parmi ces signes échographiques, lesquels sont évocateurs d'une cirrhose ? (Jusqu'à 9 réponses)

A - Atrophie du lobe gauche.
B - Hyperéchogénicité du foie.
C - Ascite.
D - Hypertrophie du lobe droit.
E - Inversion du flux porte.
F - Reperméabilisation de la veine ombilicale.
G - Contours du foie bosselés.
H - Splénomégalie.
I - Hépatomégalie.

QCM 15	Concernant le suivi d'une cirrhose alcoolique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il repose sur une FOGD tous les ans en cas d'absence de varices œsophagiennes.
B - Une échographie hépatique est faite tous les 6 mois.
C - La sévérité de la cirrhose peut être évaluée par le score de Child-Pugh.
D - Le dosage sanguin de l'alpha foeto protéine est réalisé tous les ans.
E - En cas de traitement par diurétiques, le suivi biologique repose sur la kaliémie, la créatininémie et la natrémie.

QCM 16	Dans quel(s) cadre(s) étiologique(s) de cirrhose peut-on utiliser une combinaison de tests sanguins et l'élastométrie impulsionnelle pour évaluer le degré de fibrose hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Hépatite B.
B - NASH.
C - Alcoolisme chronique.
D - Hépatite C.
E - Hémochromatose.

QCM 17	Concernant la prévention des varices œsophagiennes: (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle repose sur les bêtabloquants non cardio sélectifs en cas d'absence de VO à la FOGD.
B - La FOGD de contrôle est à faire tous les ans en cas de varices œsophagiennes.
C - Elle repose en première intention sur la ligature endoscopique en cas de VO n'ayant jamais saigné.
D - En prévention primaire, le traitement passe par des bêtabloquants non cardiosélectifs en l'absence de saignement.
E - En cas de VO responsables d'une hémorragie digestive, le traitement de prévention secondaire repose sur les séances de ligature endoscopique répétées.

QCM 18	A propos du diagnostic étiologique de la cirrhose : (Jusqu'à 6 réponses)

A - Un rapport ASAT/ALAT > 2 est évocateur d'une origine alcoolique.
B - La NASH est suspectée en cas de syndrome métabolique.
C - Un coefficient de saturation de la transferrine > 50% oriente vers une hémochromatose.
D - Un titre élevé d'anticorps anti-actine oriente vers une cirrhose biliaire primitive.
E - Il faut penser à un déficit en alpha1 anti-trypsine en cas de céruloplasmine effondrée.
F - Une obstruction du tronc porte caractérise le syndrome de Budd-Chiari.

QCM 19	Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs déclenchants fréquents de l'encéphalopathie hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - La prise d'hypnotiques.
B - Le régime hypoprotidique.
C - Déshydratation intra-cellulaire majeure.
D - L'hémorragie digestive.
E - Les infections du liquide d'ascite.

QCM 20	Lesquelles de ces propositions peuvent-être compatibles avec une hémorragie digestive basse aigue de type méléna chez un patient cirrhotique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Rupture de varices œsophagiennes.
B - Gastropathie d'hypertension portale.
C - Ulcère gastro-duodénal.
D - Rupture de varices rectales.
E - Rupture de varices gastriques.

QROC 1	Quels sont les deux volets principaux de la prise en charge d'une cirrhose alcoolique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Citez trois signes cliniques d'hypertension portale. (3 mots)
QROC 3	Quel est le seul traitement durablement efficace du syndrome hépato-rénal ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quelles sont les deux principales caractéristiques histologiques d'un foie cirrhotique ? (2 mots)
QROC 5	Quel traitement pharmacologique débutez-vous en cas d'hépatite aigue alcoolique sévère ? (1 mot).
QROC 6	Quelles sont les caractéristiques cliniques du foie dans la cirrhose ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 7	Quelle est la prise en charge thérapeutique d'une ascite tendue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Citez les deux éléments cliniques entrant dans le score de Child-Pugh. (2 mots)
QROC 9	Citez les trois éléments biologiques du score de Child-Pugh. (3 mots)
QROC 10	Quels sont les moyens de prévention primaire de la rupture de varices œsophagiennes ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quels sont les deux examens d'imagerie indispensable au suivi de toute cirrhose ? (2 mots)
QROC 12	Quelle prise en charge thérapeutique proposez-vous pour contrôler l'ascite d'un patient cirrhotique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quelles sont les contre-indications à la réalisation d'une ponction-biopsie hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quels sont les deux scores utilisés en pratique clinique pour évaluer la sévérité de la cirrhose ? (2 mots).
QROC 15	Quel est le meilleur examen pour mettre en évidence un syndrome de Budd-Chiari ? (1 mot).
QROC 16	Quelles sont les possibilités thérapeutiques en cas d'ascite réfractaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelles sont les deux principales anomalies biologiques courantes orientant vers une cause alcoolique à la cirrhose ? (2 mots).
QROC 18	Quelle est la stratégie de dépistage du carcinome hépato-cellulaire chez un patient cirrhotique Child-Pugh A ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelles sont les trois localisations des varices à l'origine d'hémorragie digestive dans le cadre d'une cirrhose ? (3 mots).
QROC 20	Quel est le critère biologique de l'infection du liquide d'ascite ? (1 mot).

2 Corrigé

		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABDFH** • L'ascite est liée à l'hypertension portale, et à l'insuffisance hépato-cellulaire par hypoalbuminémie. • L'ictère n'est pas systématique. • La splénomégalie, l'ascite, la circulation collatérale et les varices œsophagiennes sont liés à l'hypertension portale.
	B -	V	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	F	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	F	0.5	
	H -	V	0.5	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : CDE** • L'érythromycine en IV dans les hémorragies digestives aigue accélère la vidange gastrique et améliore les conditions de l'endoscopie. • L'endoscopie est obligatoire pour le diagnostic positif de saignement, le diagnostic étiologique et éventuellement pour un geste d'hémostase en prophylaxie secondaire. • L'antibioprophylaxie est recommandée pendant 7 jours avec la norfloxacine ou des C3G. • L'objectif transfusionnel est Hb > 7g/dL. Au-delà de ce seuil, il y a un nouveau risque hémorragique.
	B -	F	0.5	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABDEG** • Le score de Child-Pugh est à connaitre, il permet de classer les cirrhoses en trois catégories de A à C, par ordre croissant de sévérité. • Ce score permet de guider les thérapeutiques.
	B -	V	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	F	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	F	0.5	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Le SHR est une insuffisance rénale d'allure fonctionnelle, qui ne répond pas au remplissage vasculaire. • La transplantation hépatique est le seul traitement efficace à long terme
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Il n'y a pas de vaccin contre l'hépatite C. Il fait vacciner les patients contre l'hépatite A et l'hépatite B. • En cas d'HAA, il y a souvent un TP < 50%, le PBH est donc faite par voie transjugulaire.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACDEFG** • L'hépatite alcoolique aigue n'est pas liée à la cirrhose même, mais à la consommation d'alcool. • Le cancer du pancréas n'est pas une complication de la cirrhose. • En cas d'hypertension portale, des varices rectales peuvent se former, à ne pas confondre avec des hémorroïdes.
	B -	F	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	V	0.5	
	H -	F	0.5	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BD** • Un traitement antiviral, en cas de cirrhose décompensée à hépatite C, est déconseillé car à risque d'aggravation de l'insuffisance hépatique. • En cas d'hémochromatose, le traitement repose avant tout sur les saignées. • Dans la maladie de Wilson, le traitement repose sur un chélateur du cuivre : D-pénicillamine.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • Il est bien stipule dans le collège qu'en principe, le diagnostic est toujours histologique, mais qu'en principe, il est possible de s'en passer en cas de concordance de tous les autres éléments. • L'architecture du parenchyme hépatique est complètement désorganisée.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 9

A -	F	1
B -	V	1
C -	V	1
D -	F	1
E -	F	1

Réponse : BC

- L'infection du liquide d'ascite est de mauvais pronostic avec un risque de syndrome hépato-rénal, d'encéphalopathie. La mortalité hospitalière est de l'ordre de 30%
- La ponction évacuatrice du liquide d'ascite est contre-indiquée, avec un risque de précipiter un syndrome hépato-rénal.
- La durée de l'antibioprophylaxie pour la prévention secondaire n'est pas consensuelle, mais il faut la poursuivre au moins plusieurs mois.

QCM 10

A -	F	0.5
B -	V	0.5
C -	V	1
D -	F	0.5
E -	V	0.5
F -	F	0.5
G -	V	1
H -	F	0.5

Réponse : BCEG

- Le foetor hepaticus, les angiomes stellaires, les ongles blancs, et l'hippocratisme digital sont liés à l'insuffisance hépato-cellulaire.
- L'ascite est liés à l'insuffisance hépato-cellulaire et l'hypertension portale.

QCM 11

A -	V	1
B -	F	1
C -	V	1
D -	V	1
E -	F	1

Réponse : ACD

- Les diurétiques dans l'ascite sont le spironolactone, et en cas de réponse insuffisante, du furosémide.
- Un régime désodé non strict est préférable (< 3g/ jour) pour favoriser l'observance.
- En cas d'ascite réfractaire, il y a trois possibilités thérapeutiques : ponctions itératives, TIPS ou TH.
- La restriction hydrique ne favorise pas le contrôle de l'ascite, et elle favorise l'insuffisance rénale fonctionnelle.

QCM 12

A -	F	1
B -	F	1
C -	V	1
D -	V	1
E -	F	1

Réponse : CD

- La diminution du facteur V et l'hypoalbuminémie sont liées à l'insuffisance hépato-cellulaire, sans spécifier de son origine.
- La thrombopénie est liée à l'hypertension portale.
- La macrocytose et le bloc béta-gamma à l'EPS sont évocateurs d'une imprégnation éthylique chronique.

QCM 13

A -	V	1
B -	V	1
C -	V	1
D -	V	1
E -	F	1

Réponse : ABCD

- Une transplantation hépatique ne peut s'envisager que chez un patient cirrhotique dont la cause de cirrhose est contrôlée.

QCM 14

A -	F	0.5
B -	F	0.5
C -	V	0.5
D -	F	0.5
E -	V	0.5
F -	V	0.5
G -	V	0.5
H -	V	0.5
I -	V	1

Réponse : CEFGHI

- Les anomalies morphologiques du foie cirrhotique sont :
  - Dysmorphie hépatique avec le plus souvent atrophie du lobe droit et hypertrophie du lobe gauche.
  - Contours bosselés.
  - Hépatomégalie.
- Les signes évocateurs d'hypertension portale :
  - Splénomégalie.
  - Inversion du flux porte.
  - Reperméabilisation de la veine ombilicale.
- L'hyperéchogénicité du foie est liée à la stéatose hépatique.

QCM 15

A -	F	1
B -	V	1
C -	V	1
D -	F	1
E -	V	1

Réponse : BCE

- Le suivi FOGD est tous les ans en cas de VO stade I et tous les 3 ans en l'absence de VO.
- Le couple échographie abdominale + alphaFP est fait tous les 6 mois, pour le dépistage d'un CHC.
- En cas de traitement par spironolactone, il y a un risque d'hyperkaliémie.

QCM 16

A -	F	1
B -	F	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	F	1

Réponse : D

C'est le seul cadre étiologique pour lequel ces tests sont recommandés en alternative à la ponction-biopsie hépatique.

QCM 17	A -	F	1	**Réponse : BDE** • En l'absence de VO à la FOGD, il n'y a pas de traitement préventif et le suivi FOGD est tous les 3 ans. • En cas de VO n'ayant jamais saigné, le traitement repose sur les bétabloquants, et la ligature endoscopique en 2ème intention. • En cas de rupture de VO sous bétabloquants, le traitement de prévention secondaire passe par des séances répétées de ligature endoscopique des VO.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : AB** • Dans l'hémochromatose avec cirrhose, le coefficient de saturation de la transferrine est supérieur à 60%. • Les anticorps anti-actine sont caractéristiques de l'hépatite auto-immune. • La céruloplasmine est effondrée dans la maladie de Wilson. • Dans le syndrome de Budd-Chiari, il y a une thrombose des veines sus-hépatiques.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	0.5	
	E -	F	1	
	F -	F	0.5	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ADE** • C'est plutôt l'hyponatrémie (hyperhydratation intra-cellulaire) qui favorise l'encéphalopathie. • Les infections bactériennes en général favorisent l'encéphalopathie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La gastropathie d'hypertension portale n'entraîne jamais d'hémorragie digestive aigue. • L'ulcère gastro-duodénal est un diagnostic différentiel à évoquer, même chez un patient cirrhotique. • La rupture de varices rectales entraînera des rectorragies.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	Prise en charge : • Addictologique. • Hépatologique.	1 1	• Un patient ayant une cirrhose alcoolique a deux pathologies : -l'alcoolisme. - la cirrhose. • Ces deux volets de la prise en charge sont complémentaires.
QROC 2	• Ascite. • Splénomégalie. • Circulation veineuse collatérale.	1 1 1	• Ce sont les signes CLINIQUES. • Il existe d'autres signes d'hypertension portale à l'échographie.
QROC 3	• Transplantation hépatique.	1	• La terlipressine et la noradrénaline ont une efficacité pour passer le cap.
QROC 4	• Fibrose annulaire. • Nodules de régénération.	1 1	• Ce sont les éléments principaux du diagnostic positif de cirrhose. • Ils ne sont pas spécifiques de l'étiologie.
QROC 5	• Corticothérapie /prednisolone.	1	• Le score de Maddrey évalue la sévérité de l'hépatite aigue alcoolique. • Le diagnostic est histologique.
QROC 6	• Hépatomégalie /Gros foie. • Bord inférieur tranchant / ferme.	1 1	• Le foie de cirrhose est augmenté de volume, et de consistance ferme. • L'aspect irrégulier n'est pas palpable à l'examen clinque.
QROC 7	• Ponction évacuatrice. • Expansion volémique. • Perfusion d'albumine.	1 1 1	• En l'absence d'expansion volémique, il y a un risque d'aggravation de la fonction rénale.
QROC 8	• Ascite. • Encéphalopathie.	1 1	• L'ascite est absente (1), discrète (2) ou abondante (3). • L'encéphalopathie est absente (1), il existe une confusion (2) ou un coma (3). • Plus le score est élevé, plus la cirrhose est sévère.
QROC 9	• Bilirubinémie totale. • TP. • Albuminémie.	1 1 1	• La bilirubine est < 35µmol/L (1), entre 35 et 50 µmol/L (2) ou > 50µmol/L (3). • Le TP est > 50% (1), entre 40 et 50 % (2) ou < 40% (3). • L'albuminémie est > 35g/L (1), entre 28 et 35 g/L (2) ou < 28g/L (3).
QROC 10	• Suivi endoscopique /FOGD. • Béta-bloquants (non cardio-sélectifs). • Ligature endoscopique.	1 1 1	Elle repose sur : • Un suivi endoscopique simple tous les 3 ans en l'absence de varices oesophagiennes. • Un traitement par béta-bloquant en cas de varices oesophagiennes, et suivi FOGD annuel. • En cas de mauvaise observance ou de signes rouges à la FOGD, elle repose sur l'éradication des varices par séances de ligature endoscopique.

QROC 11	• Echographie-doppler abdominale. • Fibroscopie oeso-gastro-duodénale.	1 1	• L'échographie est réalisée tous les 6 mois. • La FOGD est réalisée tous les 3 ans, ou tous les ans en cas de varices oesophagiennes.
QROC 12	• Régime hyposodé. • Diurétiques / Spironolactone +/- furosémide.	1 1	• Le furosémide est indiqué en association avec le spironolactone en cas d'insuffisance d'effet.
QROC 13	• TP < 50%. • Plaquettes < 50G/L. • Ascite (volumineuse).	1 1 1	• Les troubles de la coagulation doivent faire pratiquer une ponction-biopsie hépatique par voie transjugulaire.
QROC 14	• Score de Child-Pugh. • Score de MELD.	1 2	• Le score de MELD utilise les valeurs de : - la bilirubine. - la créatinine. -l'INR - et une majoration selon l'étiologie.
QROC 15	• Echographie doppler hépatique.	2	• A la recherche d'une thrombose des veines sus-hépatiques.
QROC 16	• Ponctions itératives de l'ascite. • TIPS. • Transplantation hépatique.	1 1 1	• Le TIPS est un shunt porto-cave intra-hépatique, réalisé par voie transjugulaire. • La cause de la cirrhose doit être contrôlée depuis au moins 6 mois (alcool) pour être éligible à la transplantation hépatique.
QROC 17	• Macrocytose / Augmentation du VGM. • Bloc béta-gamma à l'électrophorèse des protéines plasmatiques.	1 2	• Un aspect d'hépatite aigue alcoolique à l'histologie est aussi évocateur.
QROC 18	• Echographie hépatique. • Dosage de l'alpha-foeto-protéine. • Tous les 6 mois.	1 1 1	Ce suivi est valable quel que soit le stade de la cirrhose.
QROC 19	• Oesophagiennes. • Gastriques. • Rectales.	1 2 2	• La gastropathie d'hypertension portale peut entraîner une anémie chronique, mais pas d'hémorragie digestive aigue. • Ne pas confondre varices rectales liées à l'hypertension portale et hémorroïdes.
QROC 20	• PNN > 250/ mm3 dans le liquide d'ascite.	2	• L'examen bactériologique direct et la culture ne sont pas toujours positifs. • Le traitement repose sur les C3G, l'amoxicilline + acide clavulanique ou l'ofloxacine. • En cas de PNN > 250 et culture positive, on parle de bactériascitie.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Médicaments à ne pas prescrire en cas de poussée de cirrhose : paracétamol, hypnotiques et autres hépatotoxiques. • Recherche des facteurs déclenchants d'une complication de la cirrhose. • Antibioprophylaxie primaire (hémorragie digestive, protéines < 10g/L) et secondaire de l'infection du liquide d'ascite.
Définition	• Histologique : Fibrose annulaire et nodules de régénération. Eléments en faveur d'une étiologie.
Etiologies	• Cirrhose alcoolique. ASAT/ALAT > 2, bloc béta-gamma à l'EPS, hépatite alcoolique aigue. • Hépatites virales chroniques. Ag HbS, Sérologie VHC. • NASH ++ Syndrome métabolique. • Hémochromatose. Coefficient de saturation de la transferrine > 60%, mutation du gène HFE. • Maladie de Wilson. Cuprémie augmentée, cuprurie, céruloplasmine abaissée. • Hépatite auto-immune. Ac anti-actine. • Cirrhose biliaire primitive. Ac anti-mitochondrie. • Cholangite sclérosante. Cholangite diffuse en imagerie. • Syndrome de Budd-Chiari. Thrombose des veines sus hépatiques au doppler hépatique. • Déficit en alpha 1 anti-trypsine. Taux d'alpha 1 anti-trypsine abaissé.
Clinique	• Signes d'insuffisance hépato-cellulaire : - Angiomes stellaires. -Erythrose palmaire et ongles blancs. - Ictère. - Foetor hepaticus. - Hypogonadisme. • Signes d'hypertension portale : - Splénomégalie. - Circulation veineuse collatérale. - Ascite. • Complications : - Hémorragie digestive. - Poussée d'ascite. - Infection du liquide d'ascite. - Encéphalopathie. - Syndrome hépato-rénal. - Carcinome hépato-cellulaire. • Hépatomégalie à bord inférieur tranchant.

Examens complémentaires	• Biologie : - Diminution du TP et du Facteur V. - Hypoalbuminémie. - Elévation de la bilirubine. - Hypersplénisme : anémie, thrombopénie. - Dosage de l'alpha foeto-protéine tous les 6 mois. • Imagerie : - Echographie-doppler hépatique : signes d'hypertension portale, dysmorphie hépatique, complications et étiologie. A faire tous les 6 mois. - IRM / TDM hépatique en deuxième intention. - FOGD : varices oesophagiennes. Tous les ans en cas de VO, tous les 3 ans sinon. • Histologie : - Ponction-biopsie hépatique par voie transcutanée ou transjugulaire en cas de troubles de l'hémostase. Contre-indication formelle en cas d'ascite. • Tests biologiques sanguins et élastométrie impulsionnelle en cas d'hépatite C.
Traitement	• Etiologique. • Des complications. • Des comorbidités. • Transplantation hépatique - Cirrhose Child-Pugh C - Ascite réfractaire. - Carcinome hépatocellulaire (critères de Milan) : Un < 5 cm ou deux/trois < 3cm.
Complications	• Hémorragie digestive Chronique : anémie par carence martiale Aigue : rupture de varices oesophagiennes++. Prévention par Béta-bloquants, ligature endoscopique. • Encéphalopathie Correction du facteur déclenchant. Laxatifs osmotiques. • Infection du liquide d'ascite PNN > 250/mm^3 lors d'une ponction exploratrice. Traitement antibiotique * 7jours et prévention secondaire au long cours, albumine IV et contrôle par ponction exploratrice à 48heures. Prévention primaire * 7 jours. • Syndrome hépato-rénal : Insuffisance rénale aigue d'allure fonctionnelle ne répondant pas au remplissage. Traitement : terlipressine, noradrénaline, transplantation hépatique. • Ascite tendue : Ponction évacuatrice + remplissage vasculaire et perfusion d'albumine.
Facteurs déclenchants	• Infections bactériennes. • Carcinome hépato-cellulaire. • Prise de traitements hépatotoxiques. • Hépatite alcoolique aigue. • Hémorragie (digestive).

UE questions isolées — Item 277

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	La rupture d'un canal lymphatique mésentérique entraîne une ascite d'aspect opalescent.
B -	L'ascite par carcinose péritonéale est riche en protéines.
C -	L'ascite par nécrose pancréatique est riche en lipase.
D -	Le mésothéliome pleural entraîne une ascite riche en protéines.
E -	En cas d'ascite plus riche en créatinine que le plasma, il fait penser à une plaie de l'uretère.
QCM 2	**Lesquelles de ces affections entraînent une matité déclive ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Globe vésical.
B -	Ascite.
C -	Volumineux kyste ovarien.
D -	Kyste rénal.
E -	Accumulation stercorale dans le colon.
QCM 3	**Parmi ces affections, lesquelles peuvent-entraîner une ascite lactescente ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Lymphome de Hodgkin.
B -	Leucémie aigüe myéloïde.
C -	Maladie de Waldenström.
D -	Insuffisance cardiaque droite.
E -	Période post-opératoire d'une résection d'un rein.
QCM 4	**La(les)quelle(s) de ces propositions est compatible avec une ascite lymphocytaire ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Syndrome néphrotique.
B -	Tuberculose.
C -	Cirrhose alcoolique.
D -	Rupture du canal lymphatique.
E -	Insuffisance cardiaque.
QCM 5	**A propos du mécanisme de l'ascite : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Elle est liée à l'hypertension portale dans la cirrhose.
B -	Elle est liée à une augmentation de la pression oncotique dans le syndrome néphrotique.
C -	Elle est liée à une augmentation de la pression veineuse centrale dans l'insuffisance cardiaque droite.
D -	Elle est liée à une hypertension portale sus-hépatique dans le syndrome de Budd-Chiari.
E -	Elle est liée à une diminution de la pression oncotique dans la péricardite chronique constrictive.
QCM 6	**Lesquelles de ces propositions sont compatibles avec une ascite riche en triglycérides? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Lymphome de Hodgkin.
B -	Tuberculose.
C -	Insuffisance cardiaque droite.
D -	Adénopathie métastatique d'un cancer du côlon.
E -	Syndrome néphrotique.
QCM 7	**Les examens du liquide d'ascite : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Le dosage des protéines dans le liquide d'ascite est systématique.
B -	Un ensemencement sur milieu spécialisé est réalisé à la recherche de mycobactéries.
C -	Des colorations recherchent la présence de cellules anormales.
D -	On parle de bactériascitie en cas de PNN > 250/mm^3.
E -	Le compte des plaquettes est réalisé en routine.

QCM 8	A propos de l'infection du liquide d'ascite : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle est définie par un examen direct positif du liquide d'ascite.
B - Il faut faire une ponction évacuatrice d'ascite en urgence.
C - Les C3G sont une antibiothérapie empirique de choix.
D - La perfusion d'albumine est systématique.
E - Une ponction d'ascite de contrôle à 48 heures doit montrer une diminution de 80% des PNN initiaux.

QCM 9	Concernant la ponction d'ascite : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le point de ponction est situé dans l'hypochondre gauche.
B - Elle est écho-guidée dans la plupart des cas.
C - Il faut palper la rate avant le geste.
D - Une anesthésie locale est possible en cas de patient anxieux.
E - Les prélèvements cytologiques, bactériologiques et biochimiques sont systématiques.

QCM 10	A propos de l'ascite compliquant l'insuffisance cardiaque : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a souvent des œdèmes des membres inférieurs accompagnant l'ascite.
B - Une turgescence jugulaire peut-être mise en évidence à l'examen clinique.
C - La ponction d'ascite montre un liquide pauvre en protéines (<25g/L).
D - La veine cave inférieure est souvent dilatée à l'échographie.
E - Le liquide d'ascite est riche en lymphocytes.

QCM 11	A propos de l'échographie abdominale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La reperméabilisation de la veine ombilicale est évocatrice d'une cause cardiaque.
B - La dysmorphie hépatique oriente vers une cirrhose hépatique.
C - La thrombose du tronc porte est un syndrome de Budd Chiari.
D - L'épaississement du péritoine doit faire rechercher une tumeur maligne.
E - La dilatation des veines hépatiques oriente vers une origine cardiaque.

QCM 12	Quelles sont les trois causes principales d'ascite ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Insuffisance cardiaque droite.
B - Tuberculose péritonéale.
C - Lymphome de Hodgkin.
D - Cirrhose.
E - Carcinose péritonéale.

QCM 13	Lesquels de ces cancers sont souvent pourvoyeurs d'ascite ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Cancer des ovaires.
B - Cancer colo-rectal.
C - Cancer de l'endomètre.
D - Cancer du poumon.
E - Mésothéliome péritonéal.

QCM 14	Parmi ces examens, lesquels sont indispensables pour le diagnostic étiologique de l'ascite ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Echographie cardiaque.
B - TDM abdomino-pelvien.
C - Ponction d'ascite.
D - Echographie abdomino-pelvienne.
E - Examens hémodynamiques.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles sont en faveur d'une ascite compliquant une cirrhose ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Liquide riche en protéines.
B - Présence de lipase dans le liquide d'ascite.
C - Veines hépatiques dilatées à l'échographie abdominale.
D - Protéinurie > 3g/24heures.
E - Peu de lymphocytes dans le liquide d'ascite.

QROC 1	Comment faire le diagnostic positif d'ascite tuberculeuse ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Quel est le mécanisme entraînant une ascite dans la carcinose péritonéale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quel diagnostic étiologique de l'ascite évoquer en cas de dilatation des veines hépatiques à l'échographie abdominale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quels sont les 3 principaux mécanismes entraînant une ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Par quel mécanisme le syndrome néphrotique peut-il entrainer une ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	A quel diagnostic pensez-vous devant une ascite lymphocytaire ? (1 mot).
QROC 7	Comment sont les protéines dans le liquide d'ascite cirrhotique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quels sont les examens complémentaires diagnostiques systématiques devant une ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quels examens sont à prescrire pour confirmer une suspicion de syndrome néphrotique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quelles sont les caractéristiques de l'ascite compliquant l'insuffisance cardiaque ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quel est le mécanisme de la dyspnée compliquant une ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelle est la définition de l'infection du liquide d'ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Citez les trois principales causes d'ascite. (3 mots).
QROC 14	Comment contrôler l'efficacité du traitement de l'infection du liquide d'ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quel diagnostic étiologique de l'ascite évoquer en cas de reperméabilisation de la veine ombilicale à l'échographie abdominale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Vers quel type d'ascite s'orienter en cas de liquide riche en triglycérides, lactescent ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelles sont les 3 principales étiologies de l'ascite qui peuvent-être mises en évidence par les biopsies péritonéales ? (3 mots).
QROC 18	Quelle étiologie de l'ascite redouter chez une femme de 65 ans qui présente une masse pelvienne ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelle est la caractéristique principale du liquide d'ascite pancréatique ? (1 mot).
QROC 20	Quels sont les deux classes médicamenteuses indispensables pour le traitement de l'infection du liquide d'ascite ? (2 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F		**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Non, l'ascite chyleuse a un aspect lactescent macroscopiquement. Elle est riche en chylomicrons.
	C -	V	1	• C'est le mésothéliome péritonéal qui entraîne une ascite.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABCDE**
	B -	V	1	Ce sont des diagnostics différentiels de l'ascite.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ACDE**
	B -	F	1	Ces affections sont à l'origine d'une ascite par rupture d'un canal lymphatique :
	C -	V	1	• Le lymphome induit une hyperpression lymphatique.
	D -	V	1	• La maladie de Waldenström induit une hyperviscosité de la lymphe.
	E -	V	1	• L'insuffisance cardiaque droite augmente le débit lymphatique et diminue le drainage du canal thoracique. • En post-opératoire, il peut y avoir un microtraumatisme chirurgical.
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : B**
	B -	V	1	• Le diagnostic de tuberculose pourra être confirmé par des biopsies péritonéales sous cœlioscopie.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ACD**
	B -	F	1	• Elle est liée à une diminution de la pression oncotique dans le syndrome néphrotique, par hypoalbuminémie.
	C -	V	1	• Dans la péricardite chronique constrictive, elle est liée à une augmentation de la pression veineuse centrale.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACD**
	B -	F	1	• L'ascite riche en triglycérides est chyleuse, témoignant d'une fuite provenant du système lymphatique.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABC**
	B -	V	1	• La présence de PNN > 250/mm^3 définit l'infection du liquide d'ascite. On parlera de bactériascitie en cas de culture positive.
	C -	V	1	• La cytologie inclue le compte des hématies, des lymphocytes et des PNN.
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : CD**
	B -	F	1	• L'examen direct est rarement positif dans l'infection du liquide d'ascite, le critère diagnostic est : PNN > 250/mm^3.
	C -	V	1	• Il ne faut pas faire de ponction évacuatrice en cas d'infection du liquide d'ascite !!
	D -	V	1	• La ponction d'ascite de contrôle doit montrer une diminution de 50% de PNN pour témoigner de l'efficacité du traitement.
	E -	F	1	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : CDE**
	B -	F	1	• Avant le geste, il faut s'assurer que la rate ne descend pas en fosse iliaque gauche.
	C -	V	1	• Le point de ponction est dans la fosse iliaque gauche, il faut éviter un traumatisme splénique.
	D -	V	1	• Elle est faite à l'aveugle dans la plupart des cas et sous échographie en deuxième intention.
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : AD**
	B -	F	1	• Dans l'insuffisance cardiaque, le liquide d'ascite est riche en protéines (> 25g/L) et pauvre en lymphocytes (augmentés dans la tuberculose).
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM	Item	Réponse	Points	Commentaires
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : BDE** • La reperméabilisation de la veine ombilicale est évocatrice d'une hypertension portale. • En cas d'épaississement péritonéal, il faut rechercher une cause de carcinose péritonéale ou un mésothéliome péritonéal. • Le syndrome de Budd-Chiari est la thrombose des veines hépatique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Ce sont les causes les plus fréquentes à rechercher.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • La plupart entraînent une ascite du fait de la carcinose péritonéale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : CD** • L'échographie cardiaque est à faire en cas de suspicion de cause cardiaque (veines hépatiques dilatées). • Le TDM abdomino-pelvien est à réaliser en cas d'échographie difficile ou de doute sur une lésion. • Les examens hémodynamiques recherchent des arguments pour une cause cardiaque ou une cirrhose, si les examens précédents ont été non concluants.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : E** • Le liquide d'ascite est pauvre en protéines dans la cirrhose. • La présence de lipase dans le liquide d'ascite oriente vers une ascite pancréatique. • Les veines hépatiques dilatées orientent vers une cause cardiaque. • Une protéinurie est en faveur d'un syndrome néphrotique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Biopsies péritonéales.	2	• Elles sont réalisées sous cœlioscopie, au niveau d'une zone anormale du péritoine.
QROC 2	• Obstacle à la résorption du liquide péritonéal.	2	• La tumeur, en épaississant le péritoine, obstrue les canaux lymphatiques sous-péritonéaux.
QROC 3	• Cause cardiaque / Insuffisance cardiaque droite.	1	• Cette suspicion sera confirmée par une échographie cardiaque. • Il faudra rechercher le diagnostic différentiel principal : une péricardite chronique constrictive.
QROC 4	• Rupture d'un conduit intra-péritonéal. • Défaut de résorption. • Excès de production du liquide péritonéal.	2 2 2	Question difficile. • La rupture peut intéresser les canaux lymphatiques, un canal pancréatique, un uretère. • Une tumeur maligne peut créer un obstacle à la résorption du liquide péritonéal par les lymphatiques. • Un excès de production du liquide péritonéal comme dans la cirrhose, le syndrome néphrotique, l'insuffisance cardiaque droite.
QROC 5	• Par excès de production du liquide péritonéal. • Lié à une hypoalbuminémie / diminution de la pression oncotique.	1 2	• L'excès de production du liquide péritonéal survient dans un contexte d'hyperhydratation extra-cellulaire. • Il y a une élévation de la pression interstitielle, par diminution de la pression oncotique dans le syndrome néphrotique.
QROC 6	• Ascite tuberculeuse.	2	• Il faudra confirmer le diagnostic par des biopsies péritonéales.
QROC 7	• Faibles / < 25g/L.	2	• Dans la cirrhose, le liquide d'ascite est pauvre en protéines. • En effet, l'ascite est filtrée à travers les capillaires sinusoïdes, habituellement riches en protéines. • Les capillaires sont remaniés par la fibrose dans la cirrhose, et de ce fait moins perméables à l'albumine.
QROC 8	• Ponction d'ascite. • Echographie abdominale.	1 1	• La ponction d'ascite sera exploratrice ou évacuatrice, avec examen cytologique, microbiologique et biochimique. • L'échographie abdominale n'a plus lieu d'être réalisée quand la cause de l'ascite est connue.
QROC 9	• Protéinurie des 24 heures. • Albuminémie.	1 2	• Le syndrome néphrotique se définit par une hypoalbuminémie < 30g/L et une protéinurie > 3g/24 heures. • Il faudra rechercher son caractère pur ou impur en recherchant une HTA, une hématurie et une insuffisance rénale.
QROC 10	• Riche en protéines. • Pauvre en lymphocytes.	1 1	• A l'échographie, les veines hépatiques sont dilatées. • Une échographie cardiaque peut confirmer le diagnostic. En cas d'examens discordants, une étude hémodynamique est proposée. • Le diagnostic différentiel est la péricardite chronique constrictive.

QROC 11	• Trouble ventilatoire restrictif.	2	• En cas de dyspnée aigüe, le traitement en urgence repose sur une ponction évacuatrice et une expansion volémique avec albumine.
QROC 12	• PNN > 250/mm^3. • Dans le liquide d'ascite.	1 2	• Donner des définitions précises ! • L'examen direct et la culture sont souvent négatifs.
QROC 13	• Cirrhose. • Insuffisance cardiaque droite. • Carcinose péritonéale.	1 1 1	• Les examens complémentaires de première intention sont très utiles pour orienter le diagnostic.
QROC 14	• Ponction exploratrice à 48 heures.	2	• Un traitement est efficace si les PNN ont diminué de 50% en 48 heures.
QROC 15	• Cirrhose / Syndrome de Budd Chiari / Hypertension portale.	2	• C'est le développement de la collatéralité. • On pourra aussi voir une hépatomégalie, dysmorphie hépatique, ...
QROC 16	• Ascite chyleuse.	2	• Il faut rechercher la rupture d'un lymphatique intra-péritonéal.
QROC 17	• Carcinose péritonéale. • Tuberculose péritonéale. • Mésothéliome péritonéal.	1 2 2	• Ces biopsies peuvent-être réalisées sous cœlioscopie, ou par voie transcutanée écho-guidées.
QROC 18	• Cancer de l'ovaire.	2	• Ce cancer est souvent découvert au stade de la carcinose péritonéale, par une ascite.
QROC 19	• Riche en lipase.	2	Il faudra ensuite réaliser des examens d'imagerie complémentaires (IRM, TDM), à la recherche d'une pathologie pancréatique.
QROC 20	• Antibiotiques / Béta-lactamines/ Fluoroquinolones. • Albumine.	1 1	• L'antibiothérapie sera IV puis per os et il faudra prescrire une antibioprophylaxie au long cours en prévention secondaire de l'infection du liquide d'ascite.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
Définition	• Epanchement intra-péritonéal non sanglant
Etiologies	• Par rupture d'un conduit intra-péritonéal : - Vaisseau lymphatique => ascite chyleuse. - Uretère => ascite riche en créatinine. - Canal pancréatique => ascite pancréatique • Par défaut de résorption du liquide péritonéal : - **Carcinose péritonéale**. - Tumeur maligne : mésothéliome, lymphome. - Tuberculose péritonéale. • Par excès de production du liquide péritonéal : - **Cirrhose**. - Syndrome néphrotique. - **Insuffisance cardiaque droite**.
Clinique	• Abdomen augmenté de volume et tendu. • Matité déclive à la palpation. • Volume mobilisable.
Examens complémentaires	• Ponction d'ascite : - Microbiologie : examen direct, culture et culture sur milieu spéciaux (mycobactéries). - Biochimie : protéines totales, lipase, triglycérides - Cytologie : globules rouges, lymphocytes, PNN, cellules anormales • Echographie abdominale - Signes de cirrhose avec dysmorphie hépatique et hypertension portale. - Insuffisance cardiaque : veines hépatiques dilatées. - Tumeur : épaississement irrégulier du péritoine, tumeur intra-péritonéale. • Autres selon les éléments d'orientation - Biologiques : protéinurie des 24 heures, albuminémie, bilan hépatique (TP, FV, bilirubine), BNP. - IRM et TDM en cas d'échographie peu contributive, ou pour le bilan d'extension d'une tumeur. - Explorations hémodynamiques pour rechercher une origine cardiaque ou une cirrhose, si les examens précédents sont discordants. - Biopsies péritonéales : carcinose péritonéale, tuberculose, lymphome, mésothéliome. **PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE :** 1. Rechercher les causes fréquentes avec échographie + ponction : - Cirrhose : liquide pauvre en protéines, signes échographiques de cirrhose. - Insuffisance cardiaque droite : liquide riche en protéines, veines hépatiques dilatées à l'échographie. - Carcinose péritonéale : liquide riche en protéines, cellules anormales. 2. Autres diagnostics : - Syndrome néphrotique : protéinurie des 24 heures, albuminémie. Liquide pauvre en protéines. - Ascite chyleuse : riche en triglycérides. - Ascite pancréatique : riche en lipase. TDM pour le diagnostic étiologique. 3. Cœlioscopie et biopsies péritonéales.

Traitement	• Symptomatique : ponction évacuatrice, remplissage vasculaire et albumine (si cirrhose). • Etiologique
Complications	• Infection du liquide d'ascite. • Dyspnée et insuffisance respiratoire par trouble ventilatoire restrictif. En cas de dyspnée aigüe, ponction évacuatrice en urgence. • Hernies pariétales.

UE questions isolées

Item 278

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risques reconnus de la pancréatite chronique ? (Jusqu'à 6 réponses)
	A - Consommation éthylique massive et prolongée. B - Mutation du gène CFTR. C - Intoxication tabagique. D - Pancréatite chronique héréditaire. E - Hypocalcémie. F - Tumeur canalaire du Wirsung.
QCM 2	**Concernant les complications de la pancréatite chronique : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Les pseudo-kystes peuvent régresser, rester stable, ou se compliquer. B - Le risque de dégénérescence vers un cancer du pancréas justifie un suivi scannographique. C - Une érosion vasculaire responsable d'une wirsungorragie se traduit par des rectorragies. D - Le risque de cancer ORL est important et justifie un suivi. E - Les poussées de pancréatite aigüe sont fréquentes au début de l'évolution de la maladie.
QCM 3	**Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - La pancréatite chronique touche préférentiellement les hommes. B - Une tumeur du canal de Wharton peut créer un obstacle chronique à l'origine d'une pancréatite chronique. C - En cas de survenue avant l'âge de 15 ans, il faut penser à une pancréatite chronique héréditaire. D - Dans 10% des cas, aucune cause n'est retrouvée. E - En cas d'association avec des calculs biliaires à répétition, il faut penser à une hyperparathyroïdie.
QCM 4	**Quelles complications de la pancréatite chronique peuvent-entraîner un ictère ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Pseudo-kystes pancréatiques. B - Fibrose du pancréas. C - Insuffisance pancréatique endocrine. D - Cancer du pancréas. E - Insuffisance pancréatique exocrine.
QCM 5	**A propos des manifestations cliniques de la pancréatite chronique : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Les poussées de pancréatite aigüe surviennent dans les premières années d'évolution de la pancréatite chronique. B - La douleur déclenchée par l'alimentation est souvent au premier plan. C - La pancréatite chronique seule n'entraîne pas de douleurs, elles sont liées aux poussées de pancréatite aigüe. D - La dénutrition précoce est liée à l'insuffisance pancréatique exocrine. E - La stéatorrhée est à rechercher dans les premières années d'évolution.
QCM 6	**Concernant les examens complémentaires : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Une élévation du Ca19.9 doit faire suspecter un cancer du pancréas. B - Une cholestase anictérique traduit la compression du cholédoque. C - La lipasémie est augmentée dans la pancréatite chronique. D - Le diagnostic de stéatorrhée doit-être confirmé par la mesure du débit fécal de graisse. E - Il faut dépister la survenue d'un diabète secondaire par le dosage de la glycémie à jeun.
QCM 7	**Concernant les pseudokystes pancréatiques : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Ils ont un contenu clair en cas de survenue dans les suites d'une poussée de pancréatite aigüe. B - Ils peuvent se surinfecter et entraîner un abcès pancréatique. C - Ils peuvent se former par rétention canalaire, avec un contenu nécrotique. D - Ils peuvent entraîner un épanchement pleural. E - Les pseudo-kystes peuvent entraîner une hypertension portale.

QCM 8	A propos des examens d'imagerie : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'examen de choix pour le diagnostic positif de pancréatite chronique, au début de l'évolution, est l'échographie abdominale.
B - La visualisation de pseudo-kystes pancréatiques affirme le diagnostic de pancréatique chronique.
C - Une irrégularité du canal de Wirsung est visible sur le TDM abdominal.
D - Des calcifications de la loge pancréatiques sont visibles sur le cliché d'ASP.
E - Le TDM est l'examen de référence pour le diagnostic positif et des complications de la pancréatite chronique.

QCM 9	A propos des complications évolutives de la pancréatite chronique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une hémorragie digestive par rupture d'un pseudo-anévrysme est possible.
B - L'insuffisance pancréatique endocrine se traduit par un diabète insulino-dépendant.
C - La stéatorrhée se traduit cliniquement par des selles nauséabondes, ne restant pas à la surface.
D - L'insuffisance pancréatique exocrine se traduit par un diabète insulino-dépendant.
E - La fibrose pancréatique peut se compliquer d'une compression duodénale.

QCM 10	Concernant la prise en charge de la pancréatite chronique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La prise en charge de la douleur passe par des antalgiques de palier 2 d'emblée
B - Le sevrage en alcool permet de contrôler la douleur liée à la pancréatite chronique.
C - En cas d'inefficacité du traitement médicamenteux, il est possible de diminuer l'hyperpression canalaire par une sphinctérotomie endoscopique.
D - Le sevrage en tabac permet de diminuer le nombre de poussées de pancréatites aigues.
E - Les douleurs chroniques sont mal contrôlées par les antalgiques de palier 1 et 2, et les patients nécessitent souvent des antalgiques de palier 3 au long cours.

QCM 11	A propos de l'écho-endoscopie : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est un examen irradiant à ne réserver qu'aux causes suspectes de pancréatites chroniques.
B - Les anomalies du parenchyme pancréatiques sont visualisées.
C - Elle permet de rechercher des causes non alcooliques à la pancréatite chronique
D - Elle permet de drainer les pseudo-kystes pancréatiques.
E - Elle met en évidence les irrégularités du canal de Wirsung.

QCM 12	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement de première intention des pseudo-kystes est le drainage percutané.
B - La résection chirurgicale des pseudokystes est proposée en deuxième intention.
C - Le traitement de première intention des pseudo-kystes est le drainage sous écho-endoscopie.
D - En cas de douleurs chroniques liées à la pancréatite chronique résistante aux traitements médicamenteux et endoscopiques, une résection chirurgicale est proposée en dernière intention.
E - La résection des sténoses biliaires compliquant la pancréatite chronique repose sur une dérivation chirurgicale.

QCM 13	Concernant la cholangio-pancréato-IRM : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est l'examen de choix pour le diagnostic de tumeur pancréatique intra-canalaire.
B - C'est un examen invasif et coûteux, à réaliser sous anesthésie générale.
C - Elle permet de mettre en évidence l'atrophie et l'hétérogénéité du parenchyme.
D - Elle permet la cartographie des voies biliaires et pancréatiques.
E - Les calcifications pancréatiques sont bien visualisées.

QCM 14	Concernant l'insuffisance pancréatique endocrine et exocrine : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les extraits pancréatiques ne sont réservés qu'aux cas de dénutrition sévère.
B - Le traitement du diabète secondaire à une pancréatite chronique passe d'emblée par des injections d'insuline.
C - Les extraits pancréatiques sont prescrits dès le diagnostic de pancréatite chronique, afin de prévenir la dénutrition.
D - En cas de diabète secondaire, la consommation d'alcool risque d'aggraver la maladie avec plus de risques d'hypoglycémies.
E - Un diabète survenant 15 ans après le début des manifestations de pancréatite chronique est trop tardif pour être attribué à la pancréatite chronique.

QCM 15	Lesquelles de ces propositions sont vraies concernant le diagnostic positif de pancréatite chronique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - La présence de calcifications pancréatiques est quasi-pathognomonique du diagnostic.
B - La présence d'une insuffisance pancréatique endocrine chez un patient éthylique chronique permet de poser le diagnostic.
C - Il repose sur un faisceau d'arguments cliniques et radiologiques.
D - L'insuffisance pancréatique exocrine dans le contexte clinique permet de poser le diagnostic.
E - Une preuve histologique est nécessaire pour le diagnostic.

QROC 1	Quel est le facteur de risque principal de la pancréatite chronique ? (1 mot).
QROC 2	Quels sont les mécanismes responsables d'une sténose cholédocienne, dans le cadre de l'évolution d'une pancréatite chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quelles sont les manifestions liées à la pancréatite chronique qui prédominent après 15 ans d'évolution ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quel examen permet de mettre en évidence et drainer les pseudo-kystes symptomatiques ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quelle complication de la pancréatite chronique entraine une augmentation de la lipasémie ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quel est le meilleur examen d'imagerie pour visualiser les canaux biliaires et pancréatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quelles sont les principales manifestations initiales de la pancréatite chronique ? (5 premières années) Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quel est la nature du contenu d'un pseudo-kyste compliquant une poussée de pancréatite aigüe ? (1 mot).
QROC 9	Quelles sont les indications de traitement par extraits pancréatiques ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quels sont les mécanismes de l'amaigrissement dans la pancréatite chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quelle(s) est (sont) l' (les) anomalie(s) biologique(s) en cas de pancréatite chronique non compliquée ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quel signe scannographique est pathognomonique de la pancréatite chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel trouble ionique est un facteur de risque de pancréatite chronique ? (1 mot).
QROC 14	Quelle complication de la pancréatite chronique faut-il évoquer chez un patient ayant une stéatorrhée ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quel est le risque principal en cas de poursuite de l'imprégnation alcoolique chez un patient ayant une pancréatite chronique avec insuffisance pancréatique endocrine ? (1 mot).
QROC 16	Citez 3 affections à l'origine d'une pancréatite chronique obstructive. Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quels sont les mécanismes responsables d'hémorragie digestive, dans le cadre de l'évolution d'une pancréatite chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quelle est la première mesure non médicamenteuse à prendre pour contrôler les douleurs pancréatiques ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Que faut-il rechercher en cas de pancréatite chronique survenant avant l'âge de 15 ans ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel traitement antalgique a pour cible la diminution de l'inflammation pancréatique ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABDF** • La mutation du gène CFTR impliqué dans la mucoviscidose est liée à la pancréatite chronique. • L'intoxication tabagique est souvent associée à l'intoxication éthylique dans la pancréatite chronique, mais ce n'est pas un facteur de risque indépendant. • C'est l'hypercalcémie chronique > 3mmol/L qui est associée à la pancréatite chronique.
	B -	V	1	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	F	0.5	
	F -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Le risque de dégénérescence en cancer du pancréas est de 5%, aucune stratégie de dépistage n'est recommandée. • La wirsungorragie entraîne une hémorragie digestive haute, à hauteur du duodénum (méléna, anémie chronique). • Les comorbidités liées à l'imprégnation alcoolo-tabagique chronique de ces patients justifie un suivi pour dépister les cancers ORL, pulmonaires et œsophagiens.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Le sex ratio est de 4 hommes pour 1 femme. • Le canal de Wharton est au niveau des glandes sous-maxillaires. Le canal pancréatique principal est le Wirsung. • Dans l'hyperparathyroïdie, l'hypercalcémie peut se compliquer de pancréatite chronique, et de calculs urinaires.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Le cholédoque est comprimé par le pseudo-kyste, l'inflammation de la glande ou une tumeur. • La cholestase est le plus souvent anictérique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : AB** • Il y a un fond douloureux chronique dans la pancréatite chronique, avec des poussées de douleurs plus aigües. • La dénutrition précoce est liée à la diminution de la prise alimentaire (qui entraîne des douleurs) et à l'alcoolisme. L'insuffisance pancréatique exocrine est plus tardive (10 ans d'évolution). • La stéatorrhée témoigne de l'insuffisance pancréatique exocrine, elle est de survenue tardive.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Les marqueurs tumoraux ne sont ni suffisants, ni nécessaires au diagnostic de cancer. • La cholestase anictérique est le plus souvent en rapport avec une compression par la fibrose, une tumeur, un pseudokyste. • La lipasémie est augmentée en cas de poussée de pancréatite aigüe. • Le diagnostic de stéatorrhée reste le plus souvent clinique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BDE** • En cas de formation lors d'une poussée de pancréatite aigüe, le contenu est nécrotique. • En cas de formation par rétention canalaire, le contenu est clair. • En cas de rupture du pseudo-kyste dans la plèvre, l'épanchement pleural sera riche en lipase. • En cas de compression de l'axe spléno-portal, les pseudo-kystes peuvent-être à l'origine d'une hypertension portale.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM	Item	V/F	Pts	Commentaire
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : CDE** • Au début de l'évolution, le pancréas est d'allure normale à l'échographie. Seule l'inflammation au cours des poussées de pancréatite aigüe sont éventuellement mise en évidence. • Les pseudo-kystes nécrotiques peuvent compliquer une pancréatite aigüe, sans pancréatique chronique sous-jacente. • L'ASP visualise bien les calcifications pancréatiques, mais il n'est pas recommandé dans cette indication.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Le diabète insulino-dépendant est la traduction d'une insuffisance pancréatique endocrine. • Les selles dans la stéatorrhée sont nauséabondes, couleur mastic, et flottent.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Il faut commencer la prise en charge de la douleur par du paracétamol. • Il faut réserver les antalgiques de palier 3 aux paroxysmes douloureux, sous contrôle médical en milieu hospitalier, afin d'empêcher une addiction supplémentaire aux morphiniques.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • L'écho-endoscopie n'est pas un examen irradiant. Il est à réaliser en deuxième intention pour le diagnostic positif de pancréatite chronique. • Les tumeurs canalaires pancréatiques sont mises en évidence grâce à cet examen.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • Les sténoses biliaires sont traitées par une dérivation cholédoco-digestive.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : AD** • C'est un examen non irradiant et non invasif. • Les anomalies parenchymateuses sont moins bien visualisées qu'au scanner. • Les calcifications sont moins bien visualisées en IRM qu'au scanner.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : D** • Souvent, le diabète est d'abord non insulino-dépendant et peut répondre aux anti-diabétiques oraux. • Les extraits pancréatiques sont prescrits en cas de dénutrition ou de stéatorrhée. • La survenue de l'insuffisance pancréatique endocrine est tardive, et souvent après 15 ans d'évolution de la maladie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Un diabète chez un alcoolique chronique ne permet pas de poser le diagnostic avec certitude, il faudra des arguments radiologiques (calcifications, irrégularité du Wirsung) ou la survenue d'une stéatorrhée. • La biopsie pancréatique est difficile à réaliser, elle n'est pas faite en pratique pour poser le diagnostic de pancréatite chronique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Alcoolisme massif et chronique.	2	• Il est responsable de plus de 90% des cas de pancréatite chronique.
QROC 2	3 parmi : • Fibrose. • Inflammation. • Compression par un pseudo-kyste. • Compression par une tumeur.	2 2 2	• Ces complications hépato-biliaires se traduisent le plus souvent par une cholestase anictérique.
QROC 3	• Stéatorrhée / Insuffisance pancréatique exocrine. • Diabète secondaire/ insuffisance pancréatique endocrine.	1 1	• Les douleurs et poussées de pancréatite aigüe diminuent après 10 ans d'évolution car le pancréas devient calcifié et fibreux.
QROC 4	• Echo-endoscopie.	2	• Le drainage se fait soit à travers la papille, soit à travers le tube digestif.
QROC 5	• Poussée de pancréatite aigüe.	2	• La lipasémie est < 3 fois la normale en l'absence de poussée de pancréatite aigüe.
QROC 6	• Cholangio-pancréato IRM ou cholangiopancréatographie par résonnance magnétique (CPRM)	2	• Cet examen est très précis, peu irradiant et non invasif. • C'est la référence dans cette indication.
QROC 7	• Poussées de pancréatite aigüe. • Douleurs pancréatiques.	1 2	• Les complications d'insuffisance pancréatique exocrine puis endocrine surviennent après plus de 10 ans d'évolution.
QROC 8	• Nécrotique.	1	• Les pseudo-kystes à contenu clair (sucs pancréatiques) se forment par rétention canalaire, dans l''évolution de la pancréatite chronique.
QROC 9	• Amaigrissement. • Stéatorrhée.	2 2	• Il n'y a pas lieu de prescrire des extraits pancréatiques dès le début de l'évolution de la pancréatite chronique.
QROC 10	• Dénutrition liée à l'alcoolisme. • Appréhension alimentaire pourvoyeuse de douleurs. • Insuffisance pancréatique exocrine.	2 2 2	• Le cancer du pancréas est aussi une cause d'amaigrissement rapide et massif, mais il ne survient que dans 5% des cas.
QROC 11	• Aucune	2	• En l'absence de complication, il est possible de ne trouver aucune anomalie biologique. • Il y a souvent des stigmates d'un éthylisme chronique : macrocytose et bloc béta-gamma à l'électrophorèse des protéines sériques.

QROC 12	• Calcifications pancréatiques.	2	• Le TDM est l'examen de référence pour les mettre en évidence.
QROC 13	• Hypercalcémie.	2	• C'est un trouble reconnu comme facteur de risque de pancréatite chronique, si elle est supérieure à 3mmol/L.
QROC 14	• Insuffisance pancréatique exocrine.	2	• Sa survenue est tardive (10-15 ans) dans l'évolution de la maladie.
QROC 15	• Hypoglycémies.	2	• Le reste de la prise en charge pour le diabète est similaire à un diabète de type 2.
QROC 16	3 parmi : • Obstacle tumoral. • Sténose secondaire à un traumatisme du Wirsung. • Sténose compliquant une pancréatite aigüe. • Anomalie de formation des canaux pancréatiques.	2 2 2 2	Question difficile. Il faut réfléchir aux causes possibles d'obstruction du canal de Wirsung.
QROC 17	3 parmi : • Rupture hémorragique de pseudo-kyste. • Wirsungorragie. • Hypertension portale. • Rupture d'un pseudo-anévrysme.	2 2 2	• La wirsungorragie est liée à une érosion vasculaire. • L'hypertension portale peut-être due à la compression des vaisseaux portes par un pseudo-kyste, ou par une cirrhose éthylique.
QROC 18	• Sevrage éthylo-tabagique.	2	• Dans plus de la moitié des cas, le sevrage éthylique permet de contrôler les douleurs pancréatiques. • Le sevrage tabagique est associé à une diminution des poussées de pancréatite aigüe.
QROC 19	• Une pancréatite chronique héréditaire.	2	• C'est une maladie génétique autosomique dominante.
QROC 20	• Les anti-inflammatoires non stéroïdiens.	2	• Ils agissent de façon non spécifique sur l'inflammation pancréatique et péri-pancréatique, présente au début de l'évolution de la maladie.
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Penser à la prise en charge de l'éthylisme chronique en addictologie. • Penser à la prise en charge des comorbidités liées à l'éthylisme chronique et au tabagisme souvent associé.
Définition	• Inflammation chronique du pancréas aboutissant à sa destruction.
Etiologies	• Alcoolique ++ • Hypercalcémie > 3mmol/L. • Héréditaire : survenue avant l'âge de 15 ans. • Autres mutations génétiques autosomiques récessives : survenue avant 35 ans. • Pancréatite chronique obstructive : sténose, tumeur. • Idiopathique (10%)
Clinique	• **Les 10 premières années** Douleurs pancréatiques aggravées par la prise alimentaire. Poussées de pancréatite aigue • **A partir de 10-15 ans d'évolution** Insuffisance pancréatique exocrine Puis insuffisance pancréatique endocrine : diabète secondaire.
Examens complémentaires	• Biologie Augmentation de la lipasémie en cas de poussée de pancréatite aigüe. Cholestase anictérique en cas de compression du cholédoque. Glycémie à jeun > 1.26g/L en cas de diabète secondaire. Stigmates d'éthylisme chronique. • Imagerie ASP n'est plus indiqué. Echographie abdominale : pseudo-kystes, calcifications, anomalies parenchymateuses. TDM : calcifications pancréatiques ++ et les complications. Echo-endoscopie diagnostique et thérapeutique des pseudo-kystes. Cholangio-pancréato-IRM : cartographie des canaux biliaires et pancréatiques.
Traitement	• Sevrage éthylique et tabagique ++. • Antalgiques. Commencer par le palier 1 et les AINS, ne réserver les morphiniques que pour les poussées hyperalgiques en hospitalisation. En cas d'échec, la sphinctérotomie endoscopique diminue l'hyperpression canalaire. • Extraits pancréatiques. Si amaigrissement ou stéatorrhée. • Traitement du diabète. • Pseudokystes Drainage sous écho-endoscopie.

Complications	• <u>Pseudo-kystes</u> Par rétention canalaire (liquide clair) ou compliquant une poussée de pancréatite aigüe (nécrotique). Ils peuvent se compliquer de compression des organes de voisinage (cholédoque, duodénum, tronc porte), de rupture, d'hémorragie et d'infection. • <u>Hépato-biliaires</u> Par fibrose pancréatique, inflammation ou compression (pseudo-kyste, tumeur). • <u>Duodénales</u> Par fibrose, inflammation ou compression. • <u>Hémorragie digestive</u> Par wirsungorragie, rupture d'un pseudo-anévrysme, d'un pseudo-kyste ou par hypertension portale. • <u>Comorbidités</u> Hépatiques : cirrhose. Cardio-vasculaires. ORL, pulmonaires, digestives : cancers. • <u>Cancer du pancréas</u> Dans moins de 5% des cas.

UE questions isolées

Item 279

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	La maladie de Crohn peut atteindre tous les segments du tube digestif.
B -	Le tabagisme actif favorise les poussées de la maladie de Crohn.
C -	Une iléite terminale dans le cadre d'une maladie de Crohn peut passer pour une appendicite aigue.
D -	Il existe des prédispositions génétiques connues pour la maladie de Crohn.
E -	Le pic de fréquence de la maladie de Crohn se situe après 45 ans.
QCM 2	**Quelles propositions sont vraies à propos de la colite microscopique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Elle est souvent associée à la maladie cœliaque.
B -	Le tableau est celui d'une diarrhée sanglante.
C -	Elle est souvent associée à la polyarthrite rhumatoïde.
D -	Elle est plus fréquente chez les hommes jeunes.
E -	Le traitement de première intention est symptomatique.
QCM 3	**Lesquelles de ces manifestations peuvent-être liées à la maladie de Crohn ? (Jusqu'à 7 réponses)**
A -	Diarrhée chronique.
B -	Aphtes buccaux.
C -	Syndrome de malabsorption.
D -	Fissure anale.
E -	Abcès de la marge anale.
F -	Appendicite aigue.
G -	Douleurs abdominales.
QCM 4	**Quelles propositions sont vraies concernant les colites microscopiques ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Elles incluent les colites indifférenciées.
B -	Elles peuvent être induites par certains inhibiteurs de la pompe à proton.
C -	Les colites collagènes ont un aspect normal à l'endoscopie digestive.
D -	A l'histologie, la muqueuse est le siège d'un infiltrat de polynucléaires.
E -	La colite lymphocytaire est responsable d'un épaississement de la muqueuse colique à la coloscopie.
QCM 5	**Quelles sont les propositions vraies concernant le diagnostic endoscopique de la maladie de Crohn ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Il faut réaliser des biopsies des zones lésées.
B -	Des ulcérations aphtoïdes peuvent-être mises en évidence.
C -	Il faut réaliser des biopsies des zones saines.
D -	Il n'y a pas d'intervalle de muqueuse saine.
E -	Les sténoses digestives sont spécifiques de la maladie de Crohn.
QCM 6	**A propos du traitement de la RCH : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Le traitement des poussées est fonction du score de BEST.
B -	Le traitement de fond repose sur les corticoïdes.
C -	En cas d'association RCH et cholangite sclérosante, une chémoprévention du cancer colo-rectal peut-être proposée.
D -	Une colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale est possible en cas de mauvais contrôle de la maladie de fond.
E -	De nouvelles poussées sont possibles, même avec une colproctectomie totale.

QCM 7	A propos des MICI : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La colite lymphocytaire fait partie des colites microscopiques.
B - On parle de colite indifférenciée lorsqu'il n'y a pas de lésions visible à l'endoscopie.
C - Les MICI sont des maladies granulomateuses.
D - Il est parfois difficile de faire la différence entre maladie de Crohn et RCH, en cas iléite.
E - Ce sont des maladies graves dont les complications peuvent engager le pronostic vital.

QCM 8	Le(s)quel(s) de ces examens est utile pour faire le diagnostic de maladie de Crohn ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Iléo-coloscopie avec biopsies.
B - Echo-endoscopie.
C - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies.
D - Entéro-IRM.
E - Entéro-scanner.

QCM 9	Concernant les signes extra-digestifs des MICI : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La cirrhose biliaire primitive est associée à la maladie de Crohn.
B - Un érythème noueux est à rechercher.
C - Sur le plan ophtalmologique, les MICI sont souvent associées à une cataracte précoce.
D - Dans les spondylarthropathies associées aux MICI, la sacro-iliite est souvent asymétrique.
E - Un hippocratisme digital est fréquemment retrouvé.

QCM 10	Quelles propositions sont vraies à propos de l'histologie du tube digestif dans la maladie de Crohn ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse sont sensibles pour le diagnostic.
B - Les granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse sont spécifiques de la maladie de Crohn.
C - On retrouve des pertes de substance muqueuse.
D - Les lésions peuvent-être transmurales.
E - Un infiltrat de polynucléaires neutrophiles est retrouvé dans le chorion.

QCM 11	Lesquelles de ces propositions sont vraies concernant la recto-colite hémorragique ; (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'association avec une cholangite sclérosante est fréquente.
B - Elle peut donner un syndrome dysentérique.
C - Elle donne le plus souvent un syndrome cholériforme.
D - Il faut savoir évoquer le diagnostic devant des aphtes buccaux à répétition.
E - Une anémie par carence martiale est souvent retrouvée.

QCM 12	Concernant la recto-colite hémorragique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a toujours une atteinte rectale.
B - Il est retrouvé des granulomes épithélioïdes à l'histologie.
C - Le tabagisme actif aggrave les poussées de la RCH.
D - Les p-ANCA sont positifs.
E - L'atteinte du tube digestif est discontinue.

QCM 13	Lesquelles de ces anomalies radiologiques sont possiblement présentes dans la maladie de Crohn ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Signe du peigne.
B - Sténose de l'intestin grêle.
C - Lésions segmentaires.
D - Lésions symétriques par rapport à l'axe de l'intestin.
E - Il n'est jamais retrouvé de fistule.

QCM 14	A propos du traitement de la maladie de Crohn : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement de la poussée est adapté à la sévérité de la maladie de fond.
B - La résection chirurgicale du segment atteint est possible en cas de mauvais contrôle de la maladie de fond.
C - Le score de BEST permet d'évaluer la gravité de la poussée.
D - Le traitement de fond repose sur une corticothérapie systémique.
E - En cas d'échec thérapeutique, le traitement repose sur les biothérapies : anti-TNFalpha.

QCM 15	Parmi les propositions suivantes, lesquelles sont des complications de la maladie de Crohn ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Adénocarcinome colique.
B - Ostéoporose cortisonique.
C - Occlusion intestinale.
D - Colite aigue grave.
E - Retard de croissance staturo-pondérale.

QCM 16	Concernant la maladie de Crohn : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le rectum est presque toujours atteint.
B - La maladie de Crohn n'altère que très peu la mucosécrétion dans les parties du tube digestif qu'elle atteint.
C - Des ulcérations iléales sont fréquemment retrouvées.
D - La recherche de p-ANCA est positive.
E - La recherche des ASCA est positive.

QCM 17	Concernant les diagnostics différentiels de la maladie de Crohn : (Jusqu'à 6 réponses)

A - Il faut différencier histologiquement une colite aigue infectieuse d'une poussée de maladie de Crohn avant de débuter un traitement par corticoïdes.
B - L'histologie d'une tuberculose intestinale montrera des granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse.
C - Le diagnostic de Yersinia enterocolitica est aisé grâce aux hémocultures positives.
D - Le diagnostic différentiel avec un adénocarcinome colique ulcéré est possible avec le TDM abdomino-pelvien injecté.
E - La tuberculose intestinale peut mimer une iléite terminale.

QROC 1	Quel est le rôle du tabac dans la maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Comment appeler une MICI avec atteinte colique dont on ne peut faire la distinction entre une maladie de Crohn et une RCH ? (1 mot).
QROC 3	Quelles sont les 3 principales maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quels sont les deux principaux types histologiques de colite microscopique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quelles MICI peuvent se traduire par une diarrhée sanglante ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quelles sont les principales caractéristiques des granulomes dans la maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quel diagnostic différentiel de la maladie de Crohn faut-il évoquer devant une iléite aigue, 2 semaines après la consommation de porc mal cuit ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quel aspect histologique est pathognomonique de la maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quel est l'aspect endoscopique des colites microscopiques ? (1 mot).
QROC 10	Avec quel(s) examen(s) faire le diagnostic de certitude d'une RCH ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quel est le seul traitement permettant la guérison à vie de la recto-colite hémorragique ? (1 mot).
QROC 12	Quelle est la MICI la plus probablement en cause quand l'endoscopie montre des intervalles de muqueuse saine ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel est votre principale hypothèse diagnostique devant une lésion rouge infiltrée de la jambe chez une patiente suivie pour une maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots)
QROC 14	Quels anticorps peuvent-être mis en évidence dans la maladie de Crohn ? (1 mot).
QROC 15	Quels sont les principaux diagnostics différentiels d'une RCH à éliminer devant une recto-sigmoïdite aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quel est le risque de présenter un cancer du côlon chez les sujets porteurs de MICI ? (1 mot).
QROC 17	Avec quel(s) examen(s) faire le diagnostic de certitude d'une maladie de Crohn ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quels anticorps peuvent-être mis en évidence dans la RCH ? (1 mot).
QROC 19	Quelle affection rechercher chez une patiente ayant une RCH, qui présente un ictère cholestatique. Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Avec quel(s) examen(s) faire le diagnostic de certitude de la colite microscopique ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • La maladie de Crohn peut débuter à tout âge, mais le pic de fréquence est de 20-30 ans.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Le tableau est une diarrhée sécrétoire abondante. • Elle touche le plus souvent les femmes d'âge mur. • En cas d'inefficacité des traitements symptomatiques de la diarrhée chronique, il est possible de prescrire des corticoïdes topiques.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	0.5	**Réponse : ABCDEG** • La maladie de Crohn n'entraîne pas une appendicite aigue, mais une iléite terminale pouvant être confondue avec l'appendicite. • Elle peut atteindre l'ensemble du tube digestif, de la bouche à l'anus.
	B -	V	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	V	0.5	
	E -	V	1	
	F -	F	1	
	G -	V	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : BC** • Les colites indifférenciées ne font pas partie des colites microscopiques. Ce sont des colites inflammatoires dont le diagnostic de maladie de Crohn ou RCH n'a pas pu être posé. • Certains IPP, veinotoniques peuvent entraîner une colite microscopique, mais la MICI est réversible à l'arrêt du traitement. • L'infiltrat inflammatoire des colites microscopique est constitué en grande majorité de lymphocytes. • Dans les colites microscopiques, la muqueuse est d'aspect normal à la coloscopie.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Des intervalles de muqueuse saine sont possibles, contrairement à la rectocolite hémorragique. • Aucune des anomalies endoscopiques ne sont spécifiques de la maladie de Crohn, le diagnostic est histologique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : CD** • Comme pour la maladie de Crohn, le traitement des poussées est fonction de la gravité de la poussée et non de la maladie de fond. • La règle est aussi à l'épargne cortisonique pour le traitement de fond. • Un traitement par dérivés 5-aminosalicylés est proposé en prévention du cancer colo-rectal, associé à un dépistage endoscopique, en cas d'association avec une cholangite sclérosante. • Lors d'une colproctectomie totale, l'ensemble du colon et du rectum est enlevé, il n'y a plus de poussées possibles.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AE** • Une colite est dite indifférenciée quand il n'est pas possible de trancher entre maladie de Crohn et RCH. • Les granulomes épithélioïdes ne sont retrouvés que dans la maladie de Crohn. • Un RCH ne donne pas d'atteinte de l'iléon, elle se limite au colon et au rectum. • Une colite aigue grave peut se compliquer de perforation colique, de colectasie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • L'écho-endoscopie n'a pas d'intérêt dans la maladie de Crohn.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM	Item	V/F	Points	Commentaire
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : DE** • La cholangite sclérosante est souvent associée aux MICI. • Les MICI sont associées aux uvéites sur le plan ophtalmologique. La cataracte précoce est possible en cas de corticothérapie au long cours, mais la règle est à l'épargne cortisonique. • En comparaison avec la spondylarthrite ankylosante où l'atteinte axiale est bien symétrique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Les granulomes ne sont présents que dans 30% des cas, mais ils sont quasi-pathognomoniques. • Le chorion est le siège d'un infiltrat lymphoplasmocytaire.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABE** • La RCH donne une diarrhée sanglante le plus souvent. • La RCH n'atteint que le colon et le rectum, le reste du tube digestif n'est pas touché.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : AD** • Les granulomes épithélioïdes sont retrouvés dans la maladie de Crohn. • Le tabagisme protège contre les poussées de la RCH. Il ne faut cependant pas conseiller aux patients de poursuivre leur tabagisme. • L'atteinte rectale dans la RCH est continue, remontant jusqu'au caecum.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Le signe du peigne correspond à une hyperhémie des mésos. • Les lésions sont segmentaires : alternance d'intestin sain et malade. • Les lésions sont classiquement asymétriques par rapport à l'axe de l'intestin. • Les fistules sont rares mais peuvent compliquer une maladie de Crohn.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : E** • Le traitement de la poussée est adapté à la gravité des symptômes de la poussée. • La maladie de Crohn est diffuse sur l'ensemble du tube digestif, la résection d'un segment ne prévient pas les récidives sur un autre segment. Le traitement chirurgical est recommandé en cas de segment de tube digestif perforé ou ayant été détruit par une autre complication. • Le score de BEST est un score sur 7 jours, évaluant la stabilité de la maladie de Crohn. • Il faut éviter la prescription de corticoïdes au long cours chez ces patients.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Le risque élevé d'adénocarcinome colo-rectal justifie un dépistage spécifique chez ces patients. • La règle pour le traitement de fond est l'épargne cortisonique, obtenue avec des immunosuppresseurs. • Le mécanisme de l'occlusion intestinale est la sténose inflammatoire
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Le rectum est plus souvent atteint dans la recto-colite hémorragique. • La recherche des p-ANCA est positive dans la RCH.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : AE** • Il faut être certain du diagnostic de maladie de Crohn avant de débuter une corticothérapie, qui risque d'aggraver une colite infectieuse. • Il y a une nécrose caséeuse dans la tuberculose, contrairement à la maladie de Crohn. • Yersinia enterocolitica donne le plus souvent un tableau d'iléite aigue. Son diagnostic est possible via : la coproculture, les biopsies iléales ou la sérologie. • Le diagnostic d'une lésion cancéreuse colique est histologique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/85	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Favorise les poussées.	1	• Le tabac favorise les poussées dans la maladie de Crohn. • Il diminue leur survenue dans la recto-colite hémorragique. Il faut cependant conseiller aux patients atteints de RCH d'arrêter de fumer.
QROC 2	• Colite inclassée.	2	• Il n'est parfois pas possible de différencier les deux MICI, en cas d'atteinte colique /rectale isolée.
QROC 3	• Maladie de Crohn. • Recto-colite ulcéro-hémorragique. • Colite microscopique.	1 1 1	• Elles résultent de l'inflammation chronique du tube digestif.
QROC 4	• Colite lymphocytaire. • Colite collagène.	2 2	• Leur diagnostic est histologique. • La coloscopie est normale.
QROC 5	• Maladie de Crohn. • RCH.	2 2	• Il n'y a pas de lésion hémorragique dans la colite microscopique.
QROC 6	• Epithélioïde. • Giganto-cellulaire. • Sans nécrose caséeuse.	1 1 2	• Ces granulomes sont quasi-pathognomoniques de la maladie de Crohn.
QROC 7	• Iléite à Yersinia enterocolitica.	2	• C'est un des diagnostics différentiels de la maladie de Crohn avec atteinte iléale.
QROC 8	• Granulomes (épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse).	2	• Les granulomes sont quasi-pathognomoniques de la maladie de Crohn.
QROC 9	• Normal.	2	• C'est pour cette raison qu'il faut toujours biopsier le colon, même en cas de coloscopie normale.
QROC 10	• Coloscopie. • Biopsies /Examen anatomopathologique.	1 1	• Le diagnostic de certitude est histologique.
QROC 11	• Colproctectomie totale.	2	• Ce traitement chirurgical empêche les récidives car l'ensemble du colon et du rectum sont enlevés. Il y a une anastomose iléo-anale et un réservoir iléal est fait.

QROC 12	• Maladie de Crohn.	2	• Il n'y a pas d'intervalle de muqueuse saine dans la RCH. • Une atteinte continue est possible en cas de maladie de Crohn.
QROC 13	• Erythème noueux.	2	• Les étiologies principales de l'érythème noueux sont : - Sarcoïdose. - Yersiniose. - Streptococcie. - Tuberculose. - Entérocolopathies. - Médicamenteuse. - Behcet. (SYSTEM B)
QROC 14	• ASCA.	2	• Ils font partie des examens biologiques à réaliser.
QROC 15	• MST/ Chlamydia /Gonococcie /Rectite herpétique/ Syphilis. • Amibiase intestinale invasive.	2 2	• Le diagnostic de MST est à évoquer en fonction du contexte. • L'amoebose est à rechercher chez les patients ayant séjourné en zone d'endémie.
QROC 16	• Risque élevé.	2	Il existe trois classes de risque de développer un cancer du côlon : • Risque moyen. • Risque élevé. • Risque très élevé.
QROC 17	• Endoscopie oeso-gastro-duodénale + biopsies. • Iléo-coloscopie + biopsies.	2 2	• La maladie de Crohn peut toucher l'ensemble du tube digestif, de la bouche à l'anus.
QROC 18	• p-ANCA.	2	• Examen biologique à prescrire.
QROC 19	• Une cholangite sclérosante.	2	• En cas d'association RCH + cholangite sclérosante, le risque de développer un cancer du côlon est encore plus important.
QROC 20	• Coloscopie + biopsies.	1+1	• La coloscopie ne montrera pas de lésions.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas de corticothérapie dans une colite dont le diagnostic n'est pas certain : risque de colite grave en cas de colite infectieuse.
Définition	Il existe trois types de MICI : • La maladie de Crohn. • La recto-colite hémorragique. • Les colites microscopiques
Clinique	• Diarrhée sanglante dans la RCH et la maladie de Crohn / non sanglante dans les colites microscopiques et la maladie de Crohn. • Douleurs abdominales. • Amaigrissement. • Signes extra-digestifs : érythème noueux, cholangite sclérosante, spondylarthropathies, arthrites, uvéite.
Examens complémentaires	• Endoscopie oeso-gastro-duodénale et biopsies dans la maladie de Crohn Ulcération aphtoïdes, intervalles de muqueuse saine. • Coloscopie et biopsies Aspect normal dans les colites microscopiques. • Histologie Maladie de Crohn : perte de substance muqueuse, granulomes épithélioïdes giganto-cellulaires sans nécrose caséeuse, infiltrat lymphoplasmocytaire. RCH : Atteinte continue du rectum remontant dans le colon, muqueuse fragile saignant au contact. Colites microscopiques : lymphocytaire ou collagène. • Entéro-scanner ou entéro IRM dans la maladie de Crohn Epaississement muqueux, signe du peigne.
Traitement	Il n'est pas à connaitre dans les objectifs. • Sevrage tabagique • Traitement de la poussée • Traitement de fond Immunosuppresseurs. Traitement chirurgical dans le RCH en cas d'échec. • Dépistage du cancer colo-rectal
Complications	• Abcès. • Sténoses inflammatoires jusqu'à l'occlusion intestinale. • Fistules. • Colite aigue grave. • Adénocarcinome colique.

Diagnostics différentiels	• Maladie de Crohn Gastro-entérite aigue. Iléite à Yersinia enterocolitica. Tuberculose intestinale • RCH Amibiase intestinale. MST : gonococcie, chlamydia, syphilis.

UE questions isolées

Item 280/281

1 Enoncé

QCM 1	Quelles sont les propositions vraies concernant la constipation ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle est définie par moins de 3 selles hebdomadaires.
B - La constipation « maladie » est le symptôme d'une cause organique
C - Une constipation est dite chronique en cas de durée des symptômes supérieure à 2 mois.
D - L'émission de selles liquides élimine une constipation.
E - La constipation occasionnelle doit faire rechercher une cause organique.

QCM 2	A propos de la physiopathologie de la colopathie fonctionnelle : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les troubles de la motricité colique sont prédominants entre les prises alimentaires.
B - Les poussées sont favorisées par le stress.
C - Les contractions pathologiques sont responsables des douleurs abdominales.
D - Une hypersensibilité est présente chez la plupart des malades.
E - C'est une pathologie appartenant aux troubles anxieux.

QCM 3	Lesquels de ces éléments sont en faveur d'une constipation par dyschésie ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Moins de 3 selles par semaine.
B - Sensation d'évacuation incomplète.
C - Selles dures.
D - Nécessité de manœuvres digitales pour parvenir à l'exonération.
E - Survenue récente et aggravation progressive.

QCM 4	Quels éléments cliniques permettent de porter le diagnostic de colopathie fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Normalité de l'examen clinique.
B - Trouble anxieux.
C - Absence d'altération de l'état général.
D - Troubles digestifs évoluant depuis plus de 3 mois.
E - Antécédents personnels de troubles psychosomatiques.

QCM 5	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies concernant la constipation ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - En cas de rectocèle, le traitement est chirurgical.
B - L'augmentation de la ration journalière en fibres est souhaitable.
C - Un suivi psychologique est recommandé dans la constipation chronique.
D - Les laxatifs par voie rectale sont très efficaces dans la constipation distale.
E - Il y a un risque d'incontinence fécale par étirement des nerfs pudendaux en cas d'efforts de poussée répétés dans la constipation distale.

QCM 6	A propos de la démarche diagnostique face à une constipation : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'hyperthyroïdie est à rechercher en cas d'association avec une tachycardie et thermophobie.
B - Il faut rechercher une constipation « symptôme » d'une maladie organique en cas de début récent.
C - Un traumatisme médullaire peut entraîner une constipation par le biais d'un syndrome de la queue de cheval.
D - La maladie de Crohn peut-être responsable d'une constipation organique.
E - Une constipation est quasi constante chez les patients héroïnomanes.

QCM 7	Quelles propositions sont vraies à propos de la colopathie fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une affection fréquente touchant près de 15% de la population.
B - C'est un trouble psychiatrique.
C - Elle peut mette en jeu le pronostic vital.
D - Cette maladie est plus fréquente chez les femmes.
E - Les manifestations cliniques sont multiples : diarrhée, constipation, douleurs abdominales.

QCM 8	Concernant les examens biologiques pour explorer une constipation : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un ionogramme sanguin est systématique.
B - L'électrophorèse des protéines plasmatiques recherche un myélome.
C - Le dosage de la T4 libre permet de confirmer une suspicion d'hypothyroïdie.
D - Une CRP élevée pourra orienter vers une MICI.
E - La NFS doit-être réalisée en cas de suspicion de constipation « symptôme ».

QCM 9	Parmi ces éléments, lesquels sont des signes d'alarme dans la colopathie fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Anémie par carence martiale.
B - Symptômes absents la nuit.
C - Symptômes résistants au traitement symptomatique.
D - Evolution des symptômes depuis plus de 3 mois.
E - Amaigrissement.

QCM 10	Quelles sont les propositions vraies concernant le traitement de la colopathie fonctionnelle? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement est avant tout étiologique.
B - Les règles hygiéno-diététiques sont au premier plan.
C - Les antispasmodiques sont utiles pour lutter contre les douleurs.
D - Le lopéramide permet de lutter contre la constipation.
E - La prise en charge psychologique permet d'avoir de meilleurs résultats thérapeutiques.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles peuvent entrainer une constipation ? (Jusqu'à 12 réponses)

A - Diabète.
B - Troubles de la statique pelvienne.
C - Hypocalcémie.
D - Maladie de Crohn.
E - Hypercalcémie.
F - Amylose.
G - Hyperthyroïdie.
H - Antidépresseurs tricycliques.
I - Prescription de fer.
J - Hyperactivité motrice du tube digestif.
K - Rectocèle.
L - Compression extrinsèque colique par adhérences post-chirurgicales.

QCM 12	A propos des examens complémentaires dans la colopathie fonctionnelle : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une FOGD est indiquée en cas de diarrhée.
B - La CRP peut-être légèrement augmentée.
C - Si une coloscopie est réalisée, les biopsies ne sont pas obligatoires en l'absence de lésion visualisée.
D - Le dosage de la TSH est utile en cas de diarrhée.
E - Une diverticulose colique découverte sur les explorations morphologiques peut expliquer les symptômes.

QCM 13	Parmi les situations suivantes, quelles sont celles qui doivent faire réaliser une coloscopie, dans un contexte de constipation ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Apparition de la constipation après 50 ans.
B - Alternance diarrhée-constipation.
C - Anémie par carence martiale.
D - Méléna.
E - Suspicion de constipation « maladie ».

QCM 14	Parmi ces propositions, lesquelles caractérisent la douleur dans la colopathie fonctionnelle? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Absente la nuit.
B - Soulagée par l'émission de gaz et selles.
C - Calmée par les périodes de repos.
D - Douleur intermittente évoluant par crises.
E - Apparition récente.

QCM 15	Quels traitements médicamenteux peuvent apporter un bénéfice aux patients souffrant de colopathie fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Antispasmodiques.
B - Régime d'exclusion de certains aliments adpaté aux symptômes.
C - Antidépresseurs tricycliques.
D - Antalgiques de palier 2.
E - Laxatifs osmotiques.

QCM 16	Quelles propositions sont vraies à propos de la constipation idiopathique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le colon atone est responsable d'une constipation idiopathique par ralentissement du transit.
B - Un syndrome de la queue de cheval peut entraîner une constipation par ralentissement du transit.
C - Une hyperactivité motrice dans la région sigmoïdienne est responsable d'une constipation par ralentissement du transit.
D - Le prolapsus rectal interne est responsable de dyschésie.
E - La rectocèle entraîne une constipation idiopathique par ralentissement du transit.

QCM 17	Quel bilan complémentaire devra être réalisé chez un patient de 25 ans présentant une diarrhée depuis plus de 3 mois, d'allure fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - TSH.
B - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec biopsies.
C - Coloscopie avec biopsies.
D - Examen parasitologique des selles.
E - Scanner abdomino-pelvien.

QCM 18	A propos des examens complémentaires dans la constipation idiopathique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le coloscanner est une alternative à la coloscopie en cas de contre-indication à celle-ci.
B - La manométrie colique est faite en systématique.
C - La manométrie ano-rectale est pathologique dans les constipations de transit.
D - Le temps de transit des marqueurs radio-opaques permet de différencier les constipations de progression des constipations de stase.
E - L'IRM pelvienne dynamique permet de mettre en évidence les constipations de stase par troubles de la statique pelvienne.

QCM 19	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies concernant la colopathie fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Après un bilan complet, il ne faut pas répéter les examens en l'absence de modification des symptômes.
B - C'est un diagnostic d'élimination.
C - La prise en charge est pluridisciplinaire et repose surtout sur des consultations avec le gastro-entérologue.
D - Une lithiase biliaire peut expliquer une dyspepsie intermittente.
E - En cas de persistance des symptômes malgré le traitement symptomatique bien conduit, il faut savoir réitérer les examens complémentaires.

QCM 20	A propos du traitement de la constipation : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est avant tout symptomatique en cas de constipation secondaire.
B - Les laxatifs osmotiques sont prescrits en première intention.
C - L'augmentation de la ration alimentaire de fibres est très efficace dans la constipation de stase.
D - Les laxatifs émollients agissent par lubrification du bol fécal.
E - Les laxatifs de lest sont prescrits en première intention.

QROC 1	Quel est le principal mécanisme physiopathologique de la colopathie fonctionnelle ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	La constipation est classée en 2 grands groupes d'étiologies. Lesquels ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quel est l'examen à prévoir chez un patient souffrant de colopathie fonctionnelle depuis 5 ans avec de récentes rectorragies ? (1 mot).
QROC 4	Quelles sont les mesures hygiéno-diététiques de première intention contre la constipation ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quel examen prescrire chez un patient de 50 ans souffrant d'une colopathie fonctionnelle depuis 5 ans, chez qui la symptomatologie reste la même malgré le traitement symptomatique bien conduit ? (1 mot).
QROC 6	Quels sont les 3 arguments majeurs pour poser le diagnostic de colopathie fonctionnelle ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quels sont les trois principaux mécanismes de la dyschésie ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quel type de constipation est recherché en cas d'aggravation récente des symptômes ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quels examens biologiques sont indispensables pour éliminer les principales causes organiques de diarrhée chronique. Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quel type de constipation idiopathique se définit par un temps de transit augmenté et une manométrie anorectale normale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quel est le traitement de première intention à proposer à visée antalgique lors des crises douloureuses de la colopathie fonctionnelle ? (1 mot).
QROC 12	Quels sont les deux principaux mécanismes de la constipation idiopathique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel examen est à prévoir rapidement devant une constipation de révélation récente chez un patient de 55 ans ? (1 mot).
QROC 14	Quel effet indésirable sur les symptômes de la colopathie fonctionnelle peut-avoir les laxatifs mucilagineux ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Citez trois classes médicamenteuses à rechercher en cas de constipation. Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quelle classe médicamenteuse peut-aider les malades atteints de colopathie fonctionnelle, surtout en cas de stress important ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quel examen à visée morphologique est indiqué en cas de diarrhées, pour éliminer un diagnostic différentiel dans le cadre d'une colopathie fonctionnelle ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quel est le trouble de la statique pelvienne le plus probable devant une constipation améliorée par des manœuvres digitales endo-vaginales ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Citez un anti-diarrhéique recommandé dans le traitement symptomatique de la diarrhée chronique dans le cadre d'une colopathie fonctionnelle. (1 mot).
QROC 20	Quelle est la classe de laxatifs à prescrire en première intention pour une constipation ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : A** • La constipation « maladie » est une constipation dite idiopathique, contrairement à la constipation « symptôme », témoin d'une organicité sous-jacente. • Une constipation est chronique en cas de symptômes > 6 mois. • Une fausse diarrhée est possible, notamment après l'émission d'un bouchon de selles dures. • La constipation dite occasionnelle est de survenue brutale dans un contexte particulier (alitement, voyage).
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Il y a des troubles de la motricité colique, survenant surtout en post-prandial. • La proportion des malades atteints de colopathie fonctionnelle ayant des troubles psychologiques est plus importante que dans la population générale, mais ce n'est pas une pathologie psychiatrique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BD** • Les selles dures et en quantité insuffisantes sont en faveur d'une constipation par ralentissement du transit. • La survenue récente et progressive d'une constipation doit faire rechercher une constipation « symptôme » d'une cause organique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Il est important qu'à l'examen clinique, ces trois caractéristiques soient vérifiées. • Il faudra rechercher une autre cause (organique) en cas d'examen clinique anormal, d'aggravation récente des symptômes ou d'altération de l'état général.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Le traitement chirurgical est indiqué en cas de constipation associée à un trouble de la statique pelvienne, en cas d'échec du traitement médical. • Le suivi psychologique n'est indiqué qu'en cas de retentissement psychologique important.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • C'est plutôt l'hypothyroïdie qui est responsable de constipation. • Les opiacés entraînent souvent une constipation.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ADE** • C'est une affection fréquente ne mettant pas en jeu le pronostic vital. • Il y a une part psychologique dans la physiopathologie, mais c'est avant tout une affection d'origine multifactorielle avec troubles de la motricité du tube digestif, troubles de la sensibilité et altération de l'écologie microbienne digestive. • Elle est t à l'origine d'un retentissement économique important et d'une altération de la qualité de vie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : DE** • Les examens biologiques ne sont prescrits qu'en deuxième intention. • Le myélome ne fait pas partie des causes de constipation à rechercher dans un bilan de première intention. • C'est la TSH qui permet de rechercher une hypothyroïdie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La présence d'un ou plusieurs signes d'alarme doit faire réaliser une coloscopie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 10	A -	F	1	**Réponse : CE** • Il faut éviter un régime d'exclusion qui risque d'être suivi trop strictement par le malade et entraîner des troubles du comportement alimentaire. Le lopéramide est un anti-diarrhéique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	0.5	**Réponse : ABDEFHIJKL** • C'est plutôt l'hypercalcémie qui entraîne une constipation.
	B -	V	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	0.25	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	F	0.25	
	H -	V	0.5	
	I -	V	0.25	
	J -	V	0.5	
	K -	V	0.25	
	L -	V	0.5	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : AD** • La FOGD permettra de faire des biopsies duodénales à la recherche d'une maladie cœliaque, d'une parasitose digestive. • Dans la colopathie fonctionnelle, la totalité des examens complémentaires est sans anomalie. Il faut éviter de les prescrire à répétition. • En cas de coloscopie normale, il faut faire des biopsies pour ne pas méconnaître une colite microscopique par exemple. • Il ne faut pas attribuer les symptômes à des anomalies asymptomatiques (diverticulose colique, lithiase vésiculaire).
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • La constipation "maladie" est une constipation idiopathique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • La douleur est le plus souvent matinale et post-prandiale, elle est d'évolution ancienne, depuis au moins 3 mois. • Tout changement ou atypie dans les symptômes doit faire pratiquer des investigations complémentaires
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Il faut éviter un régime restrictif qui risque d'être suivi trop strictement et d'entraîner des carences alimentaires. • Les antalgiques doivent être utilisés avec parcimonie, seulement en cas de crise douloureuse.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Le syndrome de la queue de cheval peut entraîner une constipation idiopathique par hyposensibilité rectale. • L'augmentation des contractions du sigmoïde freine la progression des matières. • La rectocèle est une hernie du rectum à travers le vagin. Le transit n'est pas ralenti, mais la rectocèle entraîne une constipation par dyschésie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABD** • La FOGD recherchera des arguments en faveur d'une maladie cœliaque. • Le TDM abdomino-pelvien est sans intérêt, de même que la coloscopie, en première intention.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : DE** • Il n'y a pas d''indication à faire une coloscopie ou un coloscanner devant une constipation idiopathique. • La manométrie colique est d'indication rarissime en cas de suspicion d'inertie colique. • La manométrie anorectale est normale avec un temps de transit augmenté en cas de constipation de transit.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 19	A -	V	1	**Réponse : AB** • Seule la douleur de colique hépatique est compatible avec une lithiase vésiculaire symptomatique. • La persistance des symptômes sous traitement bien conduit est fréquente, il ne faut pas réitérer les examens en l'absence de modification des symptômes.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BD** • En cas de constipation secondaire, le traitement est avant tout étiologique. • L'augmentation de la ration de fibres est très efficace dans les constipations de transit, un peu moins dans les constipations de stase.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• L'hyperesthésie viscérale.	2	• Il y a aussi des facteurs psychologiques, un trouble de l'écologie digestive et un trouble du microbiote intestinal.
QROC 2	• Constipation secondaire / « symptôme » /organique. • Constipation « maladie » / idiopathique.	2 2	• Il faut savoir rechercher les arguments en faveur d'une constipation organique, afin d'en rechercher la cause.
QROC 3	• Coloscopie.	1	• Il faut rechercher les signes d'alarme chez les patients souffrant de colopathie fonctionnelle fin de ne pas méconnaitre une cause organique surajoutée.
QROC 4	• Augmentation de la ration en fibres. • Hydratation. • Activité physique.	2 1 1	• L'augmentation des apports en fibres est la mesure qui donne les meilleurs résultats.
QROC 5	• Aucun.	2	• Il ne faut pas réitérer les examens complémentaires en l'absence de changement de la symptomatologie ou apparition de signes d'alarme ?
QROC 6	• Normalité de l'examen clinique. • Absence d'altération de l'état général. • Troubles digestifs chroniques / > 3 mois.	1 1 1	• Question difficile. • Ce sont les critères pour pouvoir parler de colopathie fonctionnelle, c'est un diagnostic d'élimination.
QROC 7	• Dyssynergie ano-rectale. • Trouble de la statique pelvienne. • Hyposensibilité rectale / Mégarectum.	2 2 2	• La rectocèle, le prolapsus rectal interne et le syndrome du périnée descendant sont les troubles de la statique pelvienne entraînant une constipation.
QROC 8	• Cause organique / Constipation « symptôme » / sténose colique.	2	• La constipation symptôme d'une maladie organique est à redouter devant : Une apparition ou aggravation récente. La présence de signes d'alarme.
QROC 9	• TSH • Dosage des Ac anti-transglutaminase. • Examen parasitologique des selles.	1 2 1	• Il faudra aussi doser la NFS et CRP.
QROC 10	• La constipation de transit.	2	Il y a deux types de constipation idiopathique : • La constipation de transit • La dyschésie : manométrie anorectale pathologique.
QROC 11	• Antispasmodiques.	1	• Les douleurs sont le plus souvent à type de crampes.

QROC 12	• Constipation de stase / dyschésie. • Constipation de transit / ralentissement du transit.	2 2	• Ils sont différenciés par le temps de transit des marqueurs radio-opaques.
QROC 13	• Coloscopie.	2	• A la recherche d'une sténose colique, notamment tumorale.
QROC 14	• Majoration de la sensation de ballonnement.	2	• Il faut préférer les laxatifs osmotiques à base de polyéthylène glycol.
QROC 15	3 parmi : • Opiacés /Morphiniques. • Anticholinergiques. • Antidépresseurs tricycliques. • Fer. • Cholestyramine. • Anticonvulsivants.	1+1 +1	• Il faut toujours rechercher une cause médicamenteuse aux symptômes du patient.
QROC 16	• Antidépresseurs tricycliques.	2	• Une psychothérapie de soutien peut aussi apporter un bénéfice important sur le long terme.
QROC 17	• Fibroscopie oeso-gastro-duodénale.	2	A • Elle permettra la réalisation de biopsies, pour rechercher notamment une maladie cœliaque.
QROC 18	• Rectocèle.	2	• Une hernie du rectum fait saillie à travers la paroi recto-vaginale.
QROC 19	• Lopéramide. • Ou autre anti-diarrhéique.	1 Ou 1	• Le traitement est avant tout symptomatique dans cette affection.
QROC 20	• Laxatifs osmotiques.	1	• Ils agissent par effet osmotique : - sucres non absorbables. - hydratants.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
Constipation	• La constipation se définit comme un nombre de selles < 3/semaine ou une difficulté à exonérer. • Il y a deux types de constipation à différencier : La constipation secondaire, où elle est le symptôme d'une maladie organique - L'obstruction mécanique : cancer colorectal, compression externe, sténose non tumorale. - Les maladies métaboliques : hypothyroïdie, hypercalcémie, diabète, ... - Les maladies neurologiques - La prise de médicaments ++ : opiacés, fer, antidépresseur, anticonvulsivants, anticholinergiques principalement. La constipation idiopathique - Constipation de transit : par hypomotricité colique ou hypermotricité sigmoïdienne. - Constipation de stase (ou dyschésie) : troubles de la statique pelvienne, dyssynergie anorectale ou hyposensibilité rectale. • **Les examens complémentaires** : - Aucun en première intention - Coloscopie totale en cas de suspicion de constipation secondaire ou de signes d'alarme. - Temps de transit des marqueurs radio-opaques en cas de constipation idiopathique : Augmenté en cas de constipation de transit. Normal ou augmenté en cas de constipation de stase. - Manométrie anorectale : normale dans les constipations de transit et pathologique en cas de constipation de stase ? - Exploration d'un trouble de la statique pelvienne : IRM pelvienne dynamique. • **Traitement** - Etiologique dans les constipations secondaires. - Symptomatique Règles hygiéno-diététiques : fibres, hydratation et activité physique. Laxatifs osmotiques en première intention. En cas d'échec pour une constipation distale : laxatifs par voie rectale, rééducation périnéale, jusqu'à la chirurgie pour les troubles de la statique pelvienne.
Colopathie fonctionnelle	• **Définition** C'est une affection fréquente définie par : - Symptômes digestifs chroniques > 3 mois. - Examen clinique normal. - Absence d'altération de l'état général. • **Physiopathologie** Maladie plurifactorielle : troubles de la motricité digestive, hyperesthésie viscérale, écosystème digestif et troubles psychologiques. • **Examens complémentaires** - C'est un diagnostic d'élimination, un bilan complet doit éliminer les diagnostics différentiels : NFS et CRP. TSH, Ac anti TG et examen parasitologique des selles si diarrhée. Coloscopie et biopsies sauf si patient jeune sans antécédents familiaux avec examens clinique et biologiques parfaits. FOGD + biopsies si dyspepsie ou diarrhée - Une coloscopie en cas de symptômes récents, ou ayant changé récemment, une hémorragie digestive, une altération de l'état général.



- Ne pas répéter les examens complémentaires sans signes d'alarme.

- **Traitement**
  Rassurer le patient ++ et alliance thérapeutique
  - Antalgiques antispasmodiques ++
  - Transit laxatifs osmotiques ou anti-diarrhéiques.
  - Pas de régime d'exclusion.
  - Prise en charge psychologique en cas de besoin.

UE questions isolées

Item 282/283

1 Enoncé

QCM 1	Quelles propositions sont vraies concernant la diarrhée aigüe ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	On parle de diarrhée aigüe quand les symptômes durent depuis moins de 3 jours.
B -	La diarrhée est définie par plus de 3 selles liquides ou molles par jour.
C -	Dans les pays développés, il y a environ un épisode digestif par personne et pan an.
D -	En cas de diarrhée récidivante, il faut penser à un déficit immunitaire.
E -	L'étiologie la plus fréquente est l'intoxication alimentaire.
QCM 2	**Quelles propositions sont vraies à propos de la diarrhée chronique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	L'association avec un goitre fait évoquer une hyperthyroïdie.
B -	En cas de diabète, une diarrhée chronique par dysautonomie est possible.
C -	La diarrhée est de type sécrétoire en cas de maladie cœliaque.
D -	La glossite oriente vers une carence en fer et vit B9/B12.
E -	Il faut penser à une MICI en cas de lésions cutanées de dermatite herpétiforme.
QCM 3	**A propos des examens complémentaires dans la diarrhée aigüe : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Aucun examen n'est nécessaire dans la majorité des cas.
B -	En cas de diarrhée aigüe d'une durée > 3 jours, un bilan comprenant NFP, CRP, coproculture et examen parasitologique des selles (EPS) est recommandé.
C -	En cas de syndrome dysentérique, une rectosigmoïdoscopie est recommandée.
D -	En cas de déshydratation extra-cellulaire sévère, le bilan NFP, CRP, coproculture et EPS est recommandé, en plus d'une surveillance de la fonction rénale.
E -	En cas de fièvre > 39°C, le bilan standard est recommandé en plus d'hémocultures.
QCM 4	**A propos des différents types de diarrhée : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Une diarrhée chronique avec les selles réparties sur la journée et la nuit, est en faveur d'une diarrhée motrice.
B -	Les selles sont hémorragiques dans la diarrhée sécrétoire.
C -	Dans la maldigestion, les selles sont graisseuses.
D -	Une très bonne efficacité des ralentisseurs de transit oriente vers une diarrhée motrice.
E -	Des selles liquides font penser à une diarrhée par maldigestion.
QCM 5	**Concernant la prise en charge thérapeutique des diarrhées aigües de l'adulte: (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	La réhydratation doit être tentée per os en l'absence de signes de gravité.
B -	Les anti-diarrhéiques ralentisseurs du transit peuvent-être prescrits.
C -	Un soluté de réhydratation orale peut-être prescrit pour faciliter la réhydratation.
D -	Il faut privilégier les repas riches en fibres.
E -	L'hygiène des mains est primordiale pour limiter la transmission à l'entourage.
QCM 6	**A propos du syndrome dysentérique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Il n'y a pas de sang dans les selles.
B -	Les évacuations sont glaireuses.
C -	Quand il y a des évacuations afécales, il témoigne d'une atteinte colique distale.
D -	Aucun examen complémentaire n'est nécessaire s'il dure moins de 3 jours.
E -	Le traitement est symptomatique, par du lopéramide.

QCM 7	A propos des examens complémentaires dans la diarrhée chronique : parmi ces propositions, lesquelles sont des examens de première intention ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - TSH.
B - Electrophorèse des protéines sériques.
C - Dosage de la vit B12.
D - Calcémie, phosphorémie.
E - Sérologie VIH.

QCM 8	Lequels de ces germes peuvent-être à l'origine d'un syndrome dysentérique ? (Jusqu'à 8 réponses)

A - Salmonella non typhi.
B - Shigella.
C - Escherichia coli entéro-toxinogène.
D - E. coli entéro-invasif.
E - Campylobacter jejuni.
F - Entamoeba histolytica.
G - Vibrio cholerae.
H - CMV.

QCM 9	A propos des médicaments entraînant une diarrhée chronique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le lanzoprazole agit en entraînant une colite microscopique.
B - Les veinotoniques entraînent une diarrhée chronique sécrétoire.
C - Les biguanides inhibent la digestion glucidique.
D - La colchicine agit par toxicité entérocytaire.
E - Les AINS peuvent entraîner une diarrhée jusqu'à 3 mois après la dernière prise.

QCM 10	A propos des tumeurs endocrines digestives : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le syndrome carcinoïde entraîne des diarrhées motrices.
B - Il existe une thermophobie.
C - La prise en charge est faite en réunion de concertation pluridisciplinaire : un gastro-entérologue, un chirurgien, un radiologue.
D - La chromogranine A élevée est en faveur d'une tumeur carcinoïde.
E - Un Octréoscan ® visualise la tumeur primitive et les métastases le cas échéant.

QCM 11	A propos des intoxications alimentaires : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le S. aureus entraine des symptômes 24 heures après l'ingestion de pâtisseries.
B - Salmonella non typhi : 2 semaines après l'ingestion d'œufs crus.
C - Campylobacter jejuni : 12 heures après l'ingestion d'œufs crus.
D - Yersinia enterocolitica : 24-72 heures après l'ingestion de poulet.
E - Bacillus cereus : 24 heures après l'ingestion de riz ou soja.

QCM 12	Quelles propositions sont vraies à propos des Toxi-Infections Alimentaires Collectives ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une maladie à déclaration obligatoire.
B - L'ingestion de thon avarié peut induire une intoxication à l'histamine.
C - Toute TIAC donne lieu à une enquête sanitaire.
D - Les infections à E. coli entéro-hémorragique peuvent être à l'origine d'un syndrome hémolytique et urémique.
E - Les salmonelles peuvent-être transmises par la consommation de produits laitiers non pasteurisés.

QCM 13	Concernant la prise en charge en urgence d'une diarrhée aigüe grave : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'antibiothérapie probabiliste de première intention est la ciprofloxacine.
B - Le traitement symptomatique passe par des ralentisseurs du transit.
C - Si le patient a séjourné en zone d'endémie pour l'amoebose, un traitement par métronidazole est recommandé.
D - Il faut préférer les céphalosporines de 3ème génération en cas de suspicion de Campylobacter jejuni.
E - Le volet du traitement le plus important est la réhydration et correction des troubles électrolytiques.

QCM 14	A propos de la maladie cœliaque : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les carences vitaminiques sont fréquentes.
B - Elle est à l'origine d'une diarrhée par malabsorption.
C - Les anticorps anti-transglutaminases sont toujours élevés.
D - Il faut rechercher d'autres maladies auto-immunes associées.
E - Le diagnostic est histologique.

QCM 15	**Concernant la diarrhée exsudative :** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Une hypoalbuminémie est fréquente par malabsorption.
B - Il y a des résidus alimentaires dans les selles.
C - La diarrhée exsudative est confirmée par une clairance fécale de l'alpha1 anti-trypsine effondrée.
D - La maladie de Crohn peut donner un tableau d'entéropathie exsudative.
E - Les tumeurs endocrines en sont une des causes principales.

QCM 16	**Parmi ces signes, lesquels sont associés à une déshydratation extra-cellulaire ?** **(Jusqu'à 7 réponses)**

A - Soif intense.
B - Hypotension artérielle.
C - Bradycardie.
D - Pli cutané.
E - Muqueuses sèches.
F - Veines plates.
G - Troubles de la vigilance.

QCM 17	**A propos de la diarrhée par malabsorption :** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - La maladie de Whipple associe une diarrhée par malabsorption, une polyarthrite séro-négative et une démence.
B - Les troubles visuels peuvent-être liés à une carence en vitamine C.
C - Il y a un amaigrissement par diminution des apports alimentaires.
D - Une diverticulose colique peut-être à l'origine d'une diarrhée par malabsorption, par le biais d'une pullulation microbienne chronique.
E - Il existe fréquemment une carence en vitamines liposolubles.

QCM 18	**A propos de la diarrhée des antibiotiques :** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Le mécanisme le plus fréquent est une déstabilisation de la flore digestive.
B - Une colite à Clostridium difficile doit bénéficier d'une rectosigmoïdoscopie.
C - Pour mettre en évidence une colite à C. difficile, il faut faire une coproculture simple.
D - Il faut penser à la diarrhée des antibiotiques jusqu'à deux semaines après la prise d'antibiotiques.
E - La mise en évidence de Klebsiella oxytoca nécessite des milieux de culture spécifiques.

QCM 19	**A propos des diarrhées sécrétoires :** **(Jusqu'à 5 réponses)**

A - Une hypokaliémie est à rechercher.
B - La diarrhée est hydrique.
C - Le cancer médullaire de la thyroïde (CMT) est une cause de diarrhée sécrétoire.
D - La diarrhée est hémorragique.
E - Une des causes principales est la giardiose chronique.

QCM 20	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes de diarrhée motrice ?** **(Jusqu'à réponses)**

A - Hyperthyroïdie.
B - Colopathie fonctionnelle.
C - Diabète.
D - Tumeurs endocrines.
E - Amylose.

QROC 1	Quelles sont les 3 principales anomalies histologiques caractéristiques de la maladie cœliaque sur les biopsies duodénales ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	A quel niveau est située l'atteinte digestive en cas de syndrome dysentérique afécal ? (1 mot).
QROC 3	Quelle complication d'une diarrhée aigüe faut-il redouter en cas de tachycardie > 120 bpm, marbrures et perte de 15% du poids ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Comment est le temps de transit du rouge carmin dans la diarrhée motrice ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quel type d'anti-diarrhéiques est-il possible de prescrire en cas de diarrhée aigüe sanglante ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quelles sont les 3 principales causes de diarrhée chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quelles sont les deux causes de diarrhée chroniques mises en évidence par les biopsies duodénales en l'absence de lésion visible à la FOGD ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Que faut-il rechercher en cas d'épisodes de diarrhée aigüe répétés ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quel examen doit-être réalisé en plus du bilan standard en cas de syndrome dysentérique ? (1 mot).
QROC 10	Quel(s) examen(s) biologique(s) permet(tent) de faire le diagnostic de maladie cœliaque ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quels sont les 3 diagnostics différentiels à éliminer avant d'investiguer une diarrhée chronique de l'adulte ? Texte libre (1 à 3 mots) .
QROC 12	Dans quel délai après la prise d'antibiotiques parle-t-on de diarrhée des antibiotiques ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quels examens complémentaires sont indiqués en cas de diarrhée aigüe > 3 jours ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quels diagnostics faut-il redouter en cas de diarrhée chronique chez un patient d'âge mur sans antécédent de colopathie fonctionnelle ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quelle cause de diarrhée chronique est accompagnée de flushes et urticaire, avec une élévation de l'histamine sérique ? (1 mot).
QROC 16	Quels germes sont à rechercher spécifiquement en cas de diarrhée aigüe chez un patient VIH+ avec au taux de CD4 150/ mm3 ? Texte libre (1 à 3 mots) ou (x mots)
QROC 17	Quel dosage dans les selles du patient permet de faire le diagnostic de certitude de diarrhée exsudative ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quelles sont les deux principales bactéries transmises par l'ingestion de lait non pasteurisé ? (2 mots).
QROC 19	Que conclure en cas de coproculture montrant : présence de colonies de Candida albicans, S .aureus et Campylobacter jejuni ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quels sont les 2 examens permettant de mettre en évidence une infection chronique par T. whipplei ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • La diarrhée est aigue si elle dure depuis moins de 2 semaines.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La dermatite herpétiforme est souvent associée à une maladie cœliaque. • En cas de maladie cœliaque, la diarrhée est par malabsorption : les selles sont volumineuses, réparties sur la journée.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Les examens complémentaires sont recommandés en cas de : - syndrome dysentérique. - septicémie ou choc septique. - Déshydratation extra-cellulaire majeure. - durée des symptômes > 3 jours. - Comorbidités.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : CD** • Dans la diarrhée motrice, les selles sont matinales et post-prandiales. La description faite ici fait penser à une diarrhée organique. • Les selles sont hémorragiques dans la diarrhée lésionnelle. • Les selles sont graisseuses dans la maldigestion. • Elles sont liquides dans la diarrhée osmotique et sécrétoire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Les solutés de réhydratation orale sont réservés aux âges extrêmes. Ils contiennent de l'eau, du glucose, du potassium et du sel. • L'alimentation doit être légère à type de riz. Il faut éviter les produits laitiers, les fibres. • Les ralentisseurs du transit sont contre-indiqués en cas de diarrhée sanglante et/ou fébrile.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BC** • Le syndrome dysentérique est une diarrhée glairo-sanglante fécale ou afécale témoignant d'une atteinte colique distale. • Ce syndrome justifie d'emblée la prescription d'examens complémentaires : NFP, CRP, coproculture, examen parasitologique des selles et rectosigmoïdoscopie. • Les ralentisseurs du transit sont contre-indiqués en cas de diarrhée sanglante et/ou fébrile. Les anti-sécrétoires (racécadotril) peuvent-être utilisés.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BCD** • La TSH et la sérologie VIH seront prescrits en fonction du contexte.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	0.5	**Réponse : ABDEFH** • Vibrio cholerae entraîne un syndrome cholériforme. • E. coli entéro-toxinogène entraîne un syndrome cholériforme, contrairement à E. coli entéro-invasif et E. coli entéro hémorragique.
	B -	V	0.5	
	C -	F	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	0.5	
	F -	V	0.5	
	G -	F	1	
	H -	V	0.5	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Les veinotoniques agissent en entraînant une colite microscopique. Les biguanides agissent par toxicité entérocytaire.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 10 — **Réponse : ADE**

A -	V	1
B -	F	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	V	1

- La thermophobie est plus caractéristique de l'hyperthyroïdie.
- Dans le syndrome carcinoïde, il y a des flushes.
- La prise en charge se fait dans le cadre du réseau RENATEN.

QCM 11 — **Réponse : AE**

A -	V	1
B -	F	1
C -	F	1
D -	F	1
E -	V	1

A
- Salmonella non typhi entraîne des symptômes en 12 à 48 heures après l'ingestion d'œufs crus.
- Campylobacter jejuni, 24 à 72 heures après l'ingestion de poulet peu cuit.
- Yersinia enterocolitica 24 à 72 heures après l'ingestion de porc.

QCM 12 — **Réponse : ABDE**

A -	V	1
B -	V	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	V	1

- L'enquête sanitaire est décidée par les autorités sanitaires.

QCM 13 — **Réponse : ACE**

A -	V	1
B -	F	1
C -	V	1
D -	F	1
E -	V	1

- Il y a un risque majeur de choc septique ou de 3ème secteur en cas de prise de ralentisseurs du transit dans une diarrhée fébrile et/ou hémorragique.
- En cas de Campylobacter, l'antibiothérapie probabiliste de première intention repose sur les macrolides.

QCM 14 — **Réponse : ABDE**

A -	V	1
B -	V	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	V	1

- Il faut s'assurer de l'absence de carence en IgA, à l'origine d'anticorps anti-TG faussement normaux.
- La maladie cœliaque est associée au diabète de type 1, au vitiligo, à une thyroïdite et/ou à une cirrhose biliaire primitive, dans le cadre d'une polyendocrinopathie auto-immune.
- Des biopsies duodénales lors d'une FOGD mettent en évidence :
  - une atrophie villositaire totale ou subtotale.
  - une augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux.
  - un infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion.

QCM 15 — **Réponse : D**

A -	F	1
B -	F	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	F	1

- L'hypoalbuminémie est liée à la fuite plasmatique. Par le même mécanisme, une carence en Ig, cholestérol et une lymphopénie sont possibles.
- Dans la diarrhée exsudative, la clairance de l'alpha1 anti-trypsine est anormalement haute.
- Les résidus alimentaires sont retrouvés dans la diarrhée motrice.

QCM 16 — **Réponse : BDF**

A -	F	0.5
B -	V	1
C -	F	0.5
D -	V	1
E -	F	0.5
F -	V	1
G -	F	0.5

- La soif intense, les muqueuses sèches et les troubles de la vigilance appartiennent à la déshydratation intra-cellulaire.
- Dans la déshydratation extra-cellulaire, il y a une tachycardie, plutôt qu'une bradycardie.

QCM 17 — **Réponse : ADE**

A -	V	1
B -	F	1
C -	F	1
D -	V	1
E -	V	1

- La maladie de Whipple est due à l'infection chronique par T. whipplei. Le traitement repose sur une antibiothérapie prolongée.
- Les troubles visuels sont liés à une carence en vitamine A.
- L'amaigrissement est lié à la malabsorption, les apports alimentaires sont conservés.

QCM 18 — **Réponse : ABE**

A -	V	1
B -	V	1
C -	F	1
D -	F	1
E -	V	1

- La coproculture devra rechercher les toxines A et B et la culture se fera sur milieu sélectif pour mettre en évidence C. difficile.
- Une diarrhée due aux antibiotiques est à évoquer jusqu'à deux mois après l'arrêt du traitement.

QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• Le CMT entraîne le plus souvent une diarrhée de type motrice par sécrétion de calcitonine.
	C -	F	1	• Les tumeurs endocrines sécrétant du VIP ou de la gastrine donnent une diarrhée sécrétoire.
	D -	F	1	• Les parasitoses chroniques doivent faire rechercher une immunosuppression : sérologie VIH++.
	E -	V	1	
QCM 20	A -	V	1	**Réponse : ABCDE**
	B -	V	1	• Le diabète et l'amylose entraînent une diarrhée motrice par dysautonomie.
	C -	V	1	• Les tumeurs endocrines entraînent une diarrhée motrice par le syndrome carcinoïde.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Atrophie villositaire totale ou subtotale. • Augmentation des lymphocytes intra-épithéliaux. • Infiltrat lympho-plasmocytaire du chorion.	2 2 2	• Bien connaitre les aspects histologiques et la localisation des biopsies (duodénum) pour le diagnostic de maladie cœliaque.
QROC 2	• Colon distal.	2	• S'il y a des selles, le syndrome dysentérique témoigne d'une atteinte iléale ou colique proximale.
QROC 3	• Choc hypovolémique.	2	• Il est alors nécessaire d'hospitaliser le patient en réanimation. • Un bilan biologique et bactériologique sera fait. • Une antibiothérapie probabiliste par fluoroquinolones.
QROC 4	• Accéléré.	1	• Le temps entre l'ingestion du rouge carmin et la première selle < 8 heure témoigne d'un temps de transit accéléré.
QROC 5	• Anti-sécrétoires / racécadotril.	2	• Les ralentisseurs du transit de type lopéramide sont contre-indiqués en cas de diarrhée sanglante et/ou fébrile.
QROC 6	• Colopathie fonctionnelle. • Hyperthyroïdie. • Tumeurs endocrines / syndrome carcinoïde/ CMT.	1 1 1	• Il y a aussi la dysautonomie à laquelle il faut penser chez un patient diabétique ou ayant une amylose.
QROC 7	• Maladie cœliaque. • Parasitose chronique.	2 2	• L'atrophie villositaire de la maladie cœliaque n'est pas toujours visible à la FOGD. • Les parasitoses chroniques doivent faire rechercher un déficit immunitaire.
QROC 8	• Un déficit immunitaire.	2	• Il faudra avoir recours à un avis spécialisé. • En cas de maladie digestive chronique évoluant par poussées, le transit est souvent altéré de manière chronique.
QROC 9	• Rectosigmoïdoscopie.	2	• Elle permet de mettre en évidence les lésions muqueuses et de faire des biopsies.
QROC 10	• Anticorps anti-transglutaminase. • Dosage des IgA totales.	1 2	• Cet examen est sensible et spécifique en l'absence de déficit en IgA.
QROC 11	• Polyexonération (1) par trouble de la statique pelvienne. • Fausse diarrhée du constipé. • Incontinence fécale.	1 1 1	• Ces diagnostics différentiels sont à éliminer par l'interrogatoire et l'examen physique. • Les étiologies et le traitement sont très différents.

QROC 12	• 2 mois.	1	La diarrhée peut être liée : • A une altération de la flore digestive. • A une infection à C. difficile, Klebsiella oxytoca.
QROC 13	• NFP + CRP. • Coproculture. • Examen parasitologique des selles.	1 1 1	• Bien connaitre les indications de prescription d'examens complémentaires. • En cas de durée > 3 jours, une cause bactérienne ou parasitaire est très probable.
QROC 14	• Cancer du pancréas / cancer du côlon / carcinose péritonéale / cancers digestifs.	2	• Un TDM abdomino pelvien et une coloscopie aident à en faire le diagnostic.
QROC 15	• La mastocytose systémique.	2	• Elle est à l'origine d'une diarrhée sécrétoire.
QROC 16	• Microsporidium. • Cryptosporidium.	1 1	• Leur recherche doit être explicitement demandée sur l'examen parasitologique des selles.
QROC 17	• Clairance de l'alpha 1 anti-trypsine.	2	• La clairance est > 20mL/ jour en cas de diarrhée exsudative.
QROC 18	• Campylobacter sp. • Salmonella sp.	1 1	• En cas de TIAC, il faut penser à déclarer l'épisode aux autorités sanitaires.
QROC 19	• Infection à Campylobacter jejuni.	2	• La présence de C. albicans et S. aureus n'est pas pathogène en soi.
QROC 20	• PCR sanguine. • Culture de la biopsie duodénale.	2 2	• Question difficile. • La maladie de Whipple est une cause de démence secondaire et une cause de diarrhée chronique, réversibles sous traitement antibiotique prolongé.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : DIARRHEE AIGUE	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas de ralentisseurs du transit en cas de diarrhée sanglant et/ou fébrile. • Pas d'examen complémentaire ou d'antibiothérapie systématiques.
Définition	Plus de 3 selles molles ou liquides par jour depuis moins de 2 semaines.
Etiologies	• Cas général : - Alimentaire : salmonella sp, Campylobacter sp, S. aureus, C. perfringens, B. cereus, Y. enterocolitica, V. cholerae. - Virus, CMV si VIH+ CD4 < 100. - Autres : amibiase ++, cryptosporidiose et microsporidiose en cas de VIH. - MST en cas de rectite. • Diarrhée aux antibiotiques jusqu'à 2 mois après l'arrêt du traitement. - Dysbiose. - Infection à • Diarrhée nosocomiale : 3 jours après l'hospitalisation. -TIAC -C. difficile, salmonelles, virus, giardiose.
Clinique	• Syndrome cholériforme • Syndrome dysentérique • Rechercher les signes de déshydration, une prise d'antibiotiques, des symptômes dans l'entourage et un voyage récent.
Examens complémentaires	En cas de diarrhée > 3 jours, hémorragique, déshydratation sévère, syndrome septicémique ou terrain fragile. • Biologiques : NFP, CRP. • Coproculture et EPS. • Rectosigmoïdoscopie en cas de syndrome dysentérique.
Traitement	• Mesures d'hygiène • Réhydratation : Per os : eau, sel et glucose ou SRO si âges extrêmes. IV en cas d'échec ou déshydratation sévère. • Anti-diarrhéiques Ralentisseurs du transit contre-indiqués si diarrhée sanglante / fébrile. Anti-sécrétoires. • Antibiothérapie : Ciprofloxacine ++ Macrolides en cas de Campylobacter sp. Métronidazole si amoebose ou C. difficile.

FICHE DE SYNTHESE : DIARRHEE CHRONIQUE	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Penser au cancer du pancréas ou carcinose péritonéale devant une diarrhée modérée sans anomalie biologique chez un adulte sans antécédent de colopathie fonctionnelle ++
Définition	Diarrhée prolongée 2-4 semaines et chronique si > 1 mois. Diagnostics différentiels : - trouble de la statique pelvienne - incontinence fécale - fausse diarrhée du constipé.
Etiologies	• **Diarrhée motrice** Selles impérieuses au réveil et en post-prandial cédant au jeûne. Colopathie fonctionnelle, hyperthyroïdie, dysautonomie, tumeurs carcinoïdes et cancers médullaires de la thyroïde. • **Diarrhée osmotique** Selles liquides, pas de malabsorption. Ingestion de grandes quantités de lactose, magnésium, laxatifs. • **Malabsorption** Volumineuses et réparties sur la journée entière. Maladie cœliaque, maladie de Crohn, entérites radiques, lymphomes, post-opératoire, cancer du pancréas. • **Diarrhée sécrétoire** Diarrhée hydrique abondante, avec souvent hypokaliémie. MICI, colite parasitaires, tumeurs endocrines (gastrine, VIP). • **Diarrhée lésionnelle** Avec fuite de sang ou de lymphe : augmentation de la clairance fécale d'alpha1 anti-trypsine. Maladie de Crohn étendue, obstacles au drainage lymphatique intestinal (lymphomes, péricardite constrictive, compression extrinsèque)
Examens complémentaires	• Biologiques NFP, CRP, ionogramme sanguin (K, Na, Ca, Ph, Mg) et bilan rénal. Ferritinémie, vit B12+ B9, TP, électrophorèse des protéines plasmatiques. Selon orientation : TSH, sérologie VIH, dosage pondéral des Ig. Ac anti TG + dosage des IgA totales pour la maladie cœliaque. Gastrine (gastrinome), chromogranine A (tumeur carcinoïde), VIP, thyrocalcitonine. • Fécalogramme (selles des 72 heures) Recherche une stéatorrhée Coproculture et EPS. • Morphologiques - FOGD avec biopsies du deuxième duodénum. - Iléo-coloscopie avec biopsies systématiques. - Echographie abdominale. Selon le contexte : entéroscopie, vidéocapsule, TDM abdomino-pelvien, Octréoscan®. • Histologie - Maladie cœliaque : Atrophie villositaire totale ou subtotale, hypertrophie des cryptes et infiltrat lymphocytaire du chorion.
Traitement	• Etiologique ++ • Symptomatique : anti-diarrhéiques ralentisseurs du transit ou anti-sécrétoires, améliorent bien la diarrhée motrice. • Complications : dénutrition.

UE questions isolées — Item 284

1 Enoncé

QCM	
QCM 1	**A propos des hémorragies diverticulaires, quelles propositions sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Il y a des méléna au toucher rectal. B - Le risque de récidive est encore plus important après un deuxième épisode. C - Elles sont responsables d'un tableau d'hémorragie digestive basse. D - Le principal diagnostic différentiel est celui d'un ulcère gastro-duodénal hémorragique. E - Le plus souvent, elles sont contemporaines d'une poussée de diverticulite.
QCM 2	**Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies concernant la diverticulose colique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Des douleurs abdominales chroniques sont fréquentes. B - Un traitement des diverticules coliques est nécessaire pour éviter des complications infectieuses. C - Une diarrhée chronique peut-être due à la diverticulose colique. D - Elle prédomine dans le colon sigmoïde. E - Elle correspond à une hernie de la muqueuse et de la sous-muqueuse colique à travers une zone de faiblesse musculaire.
QCM 3	**Lesquelles de ces propositions sont vraies à propos de la sigmoïdectomie dans le cadre d'une pathologie diverticulaire? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Le traitement chirurgical est programmé à froid. B - Une colostomie définitive est le plus souvent nécessaire. C - Elle est indiquée après une poussée de sigmoïdite diverticulaire. D - Elle est indiquée en cas de sigmoïdite diverticulaire compliquée. E - En cas de terrain fragile, la prise d'AINS est une alternative à la chirurgie.
QCM 4	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des critères d'hospitalisation dans la sigmoïdite diverticulaire ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Aéroportie au scanner abdomino-pelvien. B - Dans tous les cas de sigmoïdite diverticulaire. C - Signe de Bloomberg positif à l'examen clinique. D - Terrain fragilisé. E - Toutes les réponses sont vraies.
QCM 5	**Concernant la prise en charge d'une hémorragie diverticulaire : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Un extravasa de produit de contraste sur l'angioscanner localise le diverticule en cause. B - La sigmoïdectomie prophylactique est indiquée après un épisode d'hémorragie diverticulaire. C - L'embolisation radiologique est le traitement de première intention. D - Une recto-sigmoïdoscopie est indiquée en urgence. E - Une FOGD est indiquée en urgence.
QCM 6	**Quels signes et symptômes sont associés à une sigmoïdite diverticulaire non compliquée ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Douleur en fosse iliaque gauche. B - Fièvre. C - Défense en fosse iliaque droite. D - Signe de Bloomberg. E - Troubles du transit.
QCM 7	**Quelles propositions sont vraies à propos de la sigmoïdectomie en urgence ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Elle est obligatoire en cas de péritonite purulente généralisée. B - Une colostomie de décharge est le plus souvent nécessaire. C - Elle est obligatoire en cas d'abcès péri-diverticulaire. D - En cas de fistule colo-vésicale, le traitement chirurgical en urgence est recommandé. E - Elle est parfois nécessaire en cas d'hémorragie diverticulaire.

QCM 8	A propos du traitement de la sigmoïdite diverticulaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'hospitalisation est systématique.
B - Le traitement d'un abcès de petite taille est médical.
C - L'antibiothérapie par Amoxicilline + acide clavulanique est recommandée en première intention.
D - L'antibiothérapie par fluoroquinolones + dérivé nitro-imidazolé est recommandée en première intention.
E - Un régime sans résidu doit-être prescrit au malade.

QCM 9	A propos des examens complémentaires dans la sigmoïdite diverticulaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a un syndrome inflammatoire biologique.
B - Une fuite d'air extra-digestive sur le scanner doit faire évoquer un abcès.
C - L'IRM abdomino-pelvienne montre la présence de diverticules sur le colon.
D - La coloscopie totale permet de mettre en évidence le diverticule en cause.
E - La coloscopie en urgence permet de faire le diagnostic différentiel avec un cancer du sigmoïde infecté.

QCM 10	A propos des complications de la sigmoïdite diverticulaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement de référence d'un abcès est le drainage par voie radiologique.
B - La pneumaturie est pathognomonique d'une fistule colo-vésicale.
C - Une sigmoïdectomie à froid est recommandée dès le premier épisode de diverticulite compliquée.
D - Le traitement de référence de la péritonite généralisée est le drainage par voie radiologique.
E - La fistule colo-vaginale est le plus souvent asymptomatique.

QCM 11	Le(s)quel(s) de ces examens est (sont) recommandé(s) dans la sigmoïdite diverticulaire ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Scanner abdomino-pelvien.
B - Echographie abdominale.
C - Lavement baryté.
D - Lavement opaque aux hydro-solubles.
E - Coloscopie pour éliminer un diagnostic différentiel.

QCM 12	Concernant la prise en charge thérapeutique d'une première poussée de sigmoïdite diverticulaire non compliquée : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement est ambulatoire dans la plupart des cas.
B - Une sigmoïdectomie à froid doit-être programmée.
C - Une antibiothérapie est toujours indiquée.
D - Un régime sans résidu au long cours doit-être suivi par le patient pour éviter les récidives.
E - Une réévaluation à 24-48 heures est recommandée.

QCM 13	A propos de la classification selon Hinchley : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle correspond à la gravité de l'infection intra-péritonéale.
B - Le phlegmon péri-colique correspond au stade I.
C - L'abcès péri-colique correspond au stade II.
D - L'abcès pelvien correspond au stade III.
E - La péritonite généralisée purulente correspond au stade IV.

QCM 14	A propos des sténoses sigmoïdiennes : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut redouter un cancer du sigmoïde.
B - Les sténoses liées aux diverticulites sigmoïdiennes sont le plus souvent « sèches ».
C - Le diagnostic étiologique de certitude de la sténose est histologique.
D - La pseudo-tumeur inflammatoire sténosante liée à une diverticulite est excentrée, à bords irréguliers.
E - Le traitement de première intention d'une sténose inflammatoire est chirurgical.

QCM 15	Lesquels de ces signes scannographiques sont en faveur d'une sigmoïdite diverticulaire compliquée ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Inflammation de la graisse péri-diverticulaire.
B - Extravasation de produit de contraste en extra-digestif.
C - Bulles d'air extra-digestives.
D - Aérobilie.
E - Aéroportie.

QROC 1	Quelles sont les deux principales complications de la diverticulose colique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Quels sont les deux principales causes à évoquer devant une sténose du sigmoïde ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quel examen morphologique est à prévoir à distance d'une poussée de sigmoïdite diverticulaire ? (1 mot).
QROC 4	Quel est le traitement chirurgical d'un abcès de petite taille compliquant une sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quelle classification est utile pour stratifier la sévérité de l'atteinte péritonéale dans la sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quelles anomalies biologiques sont présentes lors d'une poussée de sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quels examens morphologiques sont indiqués en urgence dans le cadre d'une hémorragie diverticulaire aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quelle est l'antibiothérapie de première intention pour le traitement d'une sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quelle complication de la diverticulite sigmoïdienne faut-il évoquer en cas de pneumaturie ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quel traitement de dernière ligne est recommandé en cas d'hémorragie diverticulaire aigue non stabilisée, avec impossibilité de mettre en évidence le diverticule en cause, parmi des diverticules pan-coliques ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quelles anomalies scannographiques sont mises en évidence lors d'une poussée de sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelle(s) mesure(s) de prévention secondaire d'une nouvelle poussée de diverticulite est (sont) à prendre après un premier épisode de sigmoïdite diverticulaire compliquée ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel régime est indiqué après une poussée de diverticulite, afin de prévenir les récidives ? (1 mot).
QROC 14	Quel(s) geste(s) d'hémostase est (sont) possible(s) pendant la coloscopie lors d'une hémorragie diverticulaire aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels symptômes doivent faire penser à une fistule colo-vaginale compliquant une diverticulite chronique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Que traduit une douleur à la décompression de l'abdomen lors d'une suspicion de sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelle est la durée de l'antibiothérapie dans une sigmoïdite diverticulaire non compliquée de l'adulte ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quel est le traitement de première intention d'un abcès de 8 cm compliquant une sigmoïdite diverticulaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelles sont les 3 caractéristiques scannographique d'une sténose, en faveur d'une cause inflammatoire (diverticulite) ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel est l'examen morphologique de choix pour confirmer une suspicion de diverticulite sigmoïdienne ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	**Réponse : BC**
	B -	V	1	• Le tableau est celui d'une hémorragie digestive basse, le plus souvent brutal : rectorragies.
	C -	V	1	• Un ulcère gastro-duodénal entraîne une hémorragie digestive haute : méléna et hématémèse.
	D -	F	1	• Le risque de récidive est de 15-20% après un premier épisode, et jusqu'à près de 50% après un deuxième.
	E -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : CDE**
	B -	F	1	• La diverticulose chronique non compliquée n'entraîne pas de douleurs abdominales.
	C -	V	1	• Il ne faut pas traiter une diverticulose colique non compliquée.
	D -	V	1	• Le mécanisme de la diarrhée chronique est la pullulation microbienne chronique favorisée par la diverticulose.
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : AD**
	B -	F	1	• La sigmoïdectomie est complétée par une anastomose colo-rectale d'emblée en cas de geste à froid.
	C -	F	1	En cas de sigmoïdectomie en urgence, une colostomie de type Hartmann est réalisée puis le rétablissement de la continuité est possible dans la plupart des cas à distance.
	D -	V	1	• En cas de poussée de diverticulaire non compliquée, il faut discuter d'une sigmoïdectomie au cas par cas.
	E -	F	1	• La prise d'AINS est déconseillée après une diverticulite, ce traitement risque d'aggraver le tableau en cas de nouvelle poussée.
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACD**
	B -	F	1	• Le traitement est ambulatoire en cas de sigmoïdite diverticulaire non compliquée sur un terrain non fragile.
	C -	V	1	• Il faudra réévaluer le malade à 48-72heures et l'hospitaliser en cas de mauvaise évolution.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• La sigmoïdectomie prophylactique est indiquée en cas de récidive hémorragique.
	C -	F	1	• L'embolisation radiologique est à privilégier en cas d'instabilité hémodynamique.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• La défense est en fosse iliaque gauche.
	C -	F	1	• Le signe de Bloomberg traduit une irritation péritonéale, c'est un signe de complication de la diverticulite.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• En cas d'abcès péri-diverticulaire, la prise en charge thérapeutique repose sur l'antibiothérapie ou le drainage radiologique en fonction de la taille, puis le traitement chirurgical en cas d'échec.
	C -	F	1	• La sigmoïdectomie est programmée rapidement en cas de fistule colo-vésicale ou vaginale, mais elle n'est pas faite en urgence.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Le traitement est ambulatoire en cas de bonne tolérance.
	C -	V	1	• Un abcès de petite taille ne nécessite qu'une antibiothérapie dans un premier temps. Il sera drainé par voie radiologique en cas d'échec.
	D -	F	1	• L'antibiothérapie associant des fluoroquinolones et un dérivé nitro-imidazolé est recommandée en cas d'allergie aux béta-lactamines.
	E -	V	1	

QCM 9	A -	V	1	**Réponse : A** • La fuite d'air ou de produit de contraste sur le scanner témoigne d'une perforation digestive. • C'est le scanner abdomino-pelvien qui est indiqué pour le diagnostic de diverticulite. L'IRM n'est pas très performante dans cette indication. • La coloscopie est contre-indiquée en cas de diverticulite++, elle sera programmée à distance.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABC** • En cas de péritonite, c'est le traitement chirurgical en première intention. • La fistule colo-vaginale entraîne des vaginites à répétition, l'émission de gaz ou matières par le vagin.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : A** • Le lavement baryté et la coloscopie sont contre-indiqués dans la diverticulite. • La coloscopie devra être réalisée à distance pour éliminer un diagnostic différentiel de cancer du sigmoïde.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ACE** • En cas de poussée non compliquée, le traitement est ambulatoire, sauf en cas de terrain fragile ou de mauvaise évolution. • En cas de sigmoïdite diverticulaire non compliquée, le traitement chirurgical n'est pas formellement indiqué, d'autant plus qu'il s'agit de la première poussée. • Aucun régime au long cours n'a prouvé son utilité pour diminuer les poussées. Le régime sans résidu a un intérêt pendant la durée de la poussée.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : AB** • Abcès péri-colique ou phlegmon : stade I. • Abcès pelvien, abdominal ou rétro-péritonéal : stade II. • Péritonite purulente : stade III. • Péritonite fécale : stade IV.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AC** • Le plus souvent, les sténoses sont inflammatoires. • L'aspect de la pseudo-tumeur inflammatoire est un épaississement colique à bords réguliers, contrairement à la sténose cancéreuse excentrée à bords irréguliers. • Une sténose inflammatoire du sigmoïde régresse le plus souvent sous antibiothérapie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BCE** • L'inflammation de la graisse péri-diverticulaire est un signe de diverticulite, témoignant de l'inflammation locale. Elle n'est pas le signe d'une complication. • La présence d'air ou de produit de contraste en extra-digestif traduit une perforation digestive. • L'aérobilie est de l'air dans les voies biliaires, sans rapport avec une affection colique. • L'aéroportie est la présence d'air dans le système porte, témoignant d'une souffrance digestive.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Diverticulite / Infection. • Hémorragie diverticulaire.	1 1	• En dehors de ces complications, la diverticulose colique est asymptomatique.
QROC 2	• Cancer du sigmoïde / Adénocarcinome. • Pseudo-tumeur inflammatoire / Diverticulite chronique.	2 2	• Le diagnostic de certitude sera histologique.
QROC 3	• Coloscopie.	1	• Elle permettra de faire le diagnostic différentiel d'un cancer du sigmoïde. • Attention, elle est contre-indiquée pendant la phase aigüe inflammatoire.
QROC 4	• Sigmoïdectomie. • A froid / A distance.	1 2	• Le traitement de l'abcès repose sur l'antibiothérapie, et le drainage par voie radiologique en cas d'échec. • Il faut programmer un traitement chirurgical préventif des récidives en cas de sigmoïdite diverticulaire compliquée.
QROC 5	• Classification de Hinchley.	2	• Stade I phlegmon, abcès péri-colique. • Stade II abcès pelvien, abdominal ou rétro-péritonéal. • Stade III péritonite purulente généralisée. • Stade IV péritonite fécale.
QROC 6	• Syndrome inflammatoire biologique. ou • Elévation de la CRP(1). • Hyperleucocytose (1).	2	• L'élévation du nombre de polynucléaires neutrophiles et de la CRP est liée à l'inflammation.
QROC 7	• FOGD. • Recto-sigmoïdoscopie. • Angioscanner.	1 1	• L'angioscanner n'est pas obligatoire, si la cause de l'hémorragie a pu être mise en évidence par les examens endoscopiques.
QROC 8	• Amoxicilline + acide clavulanique.	1	• En cas d'allergie aux B-lactamines, il repose sur des fluoroquinolones + dérivé nitro-imidazolé.
QROC 9	• Fistule colo-vésicale.	2	• Il faut y penser devant un tableau d'infections urinaires à répétition, de fécalurie ou pneumaturie. • La suspicion diagnostique sera confirmée par le TDM injecté, qui montrera de l'air ou du produit de contraste digestif dans la vessie. • Traitement chirurgical.
QROC 10	• Colectomie totale d'hémostase. • En urgence.	1 1	• Si le diverticule en cause a pu être localisé en pré-opératoire, une colectomie segmentaire est préférable.

QROC 11	• Diverticules coliques. • Inflammation de la graisse péri-diverticulaire.	1 1	• Ne pas oublier de rechercher les diverticules le long du colon. • Ils prédominent au niveau du sigmoïde.
QROC 12	• Sigmoïdectomie. • A froid.	1 1	• Ce traitement sera à discuter en cas de sigmoïdite diverticulaire non compliquée, en fonction du nombre de poussées antérieures et de l'âge du patient.
QROC 13	• Aucun.	2	• Aucun régime n'a montré d'efficacité dans la prévention des récidives de poussée de diverticulite. • Un régime sans résidu est recommandé pendant la phase aigüe de diverticulite.
QROC 14	• Clip. • Injection adrénalinée.	1 1	• En cas de saignement actif.
QROC 15	• Vaginites à répétition. • Emission de gaz par le vagin. • Emission de selles par le vagin.	1 1 1	• Le diagnostic sera confirmé par un TDM abdomino-pelvien injecté, au mieux avec opacification digestive basse. • Traitement chirurgical.
QROC 16	• Irritation péritonéale.	2	• C'est le signe de Bloomberg, qui traduit d'une sigmoïdite diverticulaire compliquée d'un abcès ou d'une péritonite.
QROC 17	• 7 à 10 jours.	2	• Le traitement sera prolongé en cas de complication infectieuse : abcès, péritonite, sténose inflammatoire.
QROC 18	• Drainage par voie radiologique.	2	• En cas d'abcès de petite taille, il est possible de le surveiller sous traitement antibiotique. Le drainage par voie radiologique sera fait en deuxième intention. • En cas d'échec du drainage radiologique, le traitement est chirurgical.
QROC 19	• Centrée. • Bords réguliers. • Progressive.	1 1 1	• Question difficile. • Une sténose d'origine cancéreuse sera excentrée, se raccordera en angle droit avec le colon sain et les bords sont irréguliers.
QROC 20	• TDM abdomino-pelvien. • Injecté.	1 1	• Il faudra vérifier la fonction rénale avant l'injection de produit de contraste. • Il permet de faire le diagnostic positif, de gravité, d'éliminer les diagnostics différentiels.
		/45	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Lavage baryté et coloscopie sont contre-indiqués pendant la phase aigûe d'une poussée de diverticulite. • Abstention thérapeutique dans la diverticulose colique asymptomatique. • Pas de résection sigmoïdienne systématique après un épisode de sigmoïdite diverticulaire.
Définition	• Hernie de la muqueuse et sous-muqueuse colique à travers une faiblesse de la paroi musculaire. • Deux complications majeures : sigmoïdite diverticulaire et hémorragie diverticulaire.
Clinique	Pour la diverticulose colique : • Asymptomatique++ • Une diarrhée chronique peut-être favorisée par les diverticules, siège d'une pullulation microbienne chronique. Pour la sigmoïdite diverticulaire : • Tableau d'appendicite à gauche : - douleur et défense de la fosse iliaque gauche. - fièvre. - troubles du transit : constipation ++. • Signes de complication : - irritation péritonéale = signe de Bloomberg, cri de Douglas au toucher rectal. - à long terme : fécalurie, infections urinaires à répétition, fistule colo-vaginale.
Examens complémentaires	• Biologiques NFP et CRP : syndrome inflammatoire biologique. • Morphologiques - TDM abdominopelvien injecté : diagnostic positif = diverticules, inflammation de la graisse péri-colique. complications = abcès, perforation. - Coloscopie à distance : Diagnostic différentiel avec un cancer colo-rectal.
Traitement	• Hospitalisation si sigmoïdite compliquée, terrain fragile ou mauvaise évolution. • Antibiothérapie par amoxicilline –acide clavulanique / fluoroquinolones + azolés en cas d'allergie aux B-lactamines. Durée 7-10 jours. • Réévaluation à 48-72 heures. • Traitement chirurgical à froid : sigmoïdectomie et anastomose colo-rectale en cas de diverticulite compliquée, à discuter si récidivante.

Complications	• Abcès : Traitement par drainage radiologique et chirurgie si échec. Il est possible de tenter le traitement antibiotique seul s'il est de petite taille. • Péritonite : Traitement chirurgical avec stomie latérale temporaire. • Fistules : TDM = air dans la vessie. Traitement chirurgical à programmer rapidement. • Sténose : Inflammatoire ou « sèche », le traitement est chirurgical. C'est un diagnostic différentiel du cancer colique.
Hémorragie diverticulaire	• Hémorragie digestive basse le plus souvent brutale. • Examens en urgence : - FOGD et rectosigmoïdoscopie. - Angioscanner. • Traitement : - symptomatique du choc. - Geste d'hémostase pendant la coloscopie en cas d'hémorragie active. Embolisation radiologique à préférer en cas d'instabilité hémodynamique. Traitement chirurgical si échec. - Chirurgie prophylactique si récidive.

UE questions isolées

Item 285

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Le plexus hémorroïdaire externe se situe dans les plis radiés de l'anus.
B -	Le plexus hémorroïdaire interne est défini comme situé au-dessus de la marge anale.
C -	Les hémorroïdes sont des capillaires.
D -	Le troisième trimestre de la grossesse est une période reconnue comme à risque de survenue de symptômes hémorroïdaires.
E -	Les plexus hémorroïdaires participent à la continence anale.
QCM 2	**A propos du traitement chirurgical de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	C'est le traitement de première intention en cas de grade 4.
B -	Les plexus hémorroïdaires internes et externes sont enlevés dans l'hémorroïdectomie pédiculaire.
C -	Il doit-être proposé en cas d'échec du traitement endoscopique en cas de grade 1.
D -	L'hémorroïdectomie pédiculaire se pratique sous anesthésie locale.
E -	Les suites opératoires sont marquées par une douleur importante nécessitant souvent un recours aux antalgiques de palier 3.
QCM 3	**Concernant la stadification de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Le grade 0 correspond à l'absence de procidence hémorroïdaire visible avec l'anuscope.
B -	Le grade 4 correspond à une procidence extériorisée non réductible.
C -	Le grade 3 correspond à une procidence extériorisée en permanence, réductible.
D -	Le grade 1 correspond à une procidence dans la lumière de l'anuscope.
E -	Le grade 2 correspond à une procidence extériorisée à la poussée, réductible.
QCM 4	**Concernant les fissures anales : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	La douleur est déclenchée par les selles.
B -	En cas de fissures multiples, il faut évoquer une maladie de Crohn.
C -	La prévention passe par un régime riche en fibres.
D -	La mise en évidence de la fissure nécessite un examen sous anuscope.
E -	Des saignements au passage des selles sont fréquents.
QCM 5	**Concernant la prise en charge de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Un régime riche en fibre est recommandé pour diminuer les douleurs.
B -	Les topiques à base d'héparine permettent de diminuer l'inflammation locale.
C -	La lutte contre la constipation passe par la prescription systématique de laxatifs.
D -	Les topiques veinotoniques diminuent l'inflammation locale.
E -	Les topiques locaux sont prescrits au long cours pour empêcher les récidives.
QCM 6	**A propos de la pathologie hémorroïdaire. (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Le risque de dégénérescence en tumeur maligne est de 1% par an.
B -	Le saignement est classiquement mélangé aux selles.
C -	La constipation est un facteur de risque de développer des symptômes hémorroïdaires.
D -	Devant des rectorragies, le diagnostic différentiel avec un cancer colo-rectal justifie la réalisation d'examens complémentaires (coloscopie).
E -	La pathologie hémorroïdaire touche moins de 10% de la population.
QCM 7	**A propos de l'anopexie : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	C'est un traitement endoscopique de la pathologie hémorroïdaire.
B -	Elle est mieux tolérée que l'hémorroïdectomie pédiculaire.
C -	Il se déroule sous anesthésie générale.
D -	Le plexus hémorroïdaire interne est retiré.
E -	La muqueuse rectale est réséquée à la partie haute des hémorroïdes internes.

QCM 8	Quels examens sont utiles pour faire le diagnostic de pathologie hémorroïdaire ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Rectoscopie.
B - Coloscopie totale.
C - TDM abdomino-pelvien.
D - IRM abdomino-pelvienne.
E - Défécographie.
F - Aucun.

QCM 9	A propos de la prise en charge thérapeutique de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement est endoscopique en première intention pour un grade 3 asymptomatique.
B - Le traitement endoscopique de la pathologie hémorroïdaire permet la guérison à vie.
C - En cas d'hémorroïdes de petite taille responsables de saignement, le traitement repose sur les injections sclérosantes.
D - Le traitement d'une procidence marquée d'hémorroïdes de grande taille repose sur les ligatures endoscopiques.
E - Le traitement de fond repose sur les topiques médicamenteux.

QCM 10	Concernant le traitement endoscopique de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le but est de diminuer l'inflammation et l'œdème qui favorisent la procidence hémorroïdaire.
B - Une antibioprophylaxie est nécessaire dans la plupart des cas.
C - Ce type de traitement est indiqué en cas de saignements.
D - Une anesthésie locale est réalisée avant le geste.
E - Une courte hospitalisation est nécessaire pour surveiller l'absence de complications.

QCM 11	A propos des douleurs liées aux hémorroïdes : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Lors de la crise hémorroïdaire, la douleur est soulagée par le passage des selles.
B - La douleur de la thrombose hémorroïdaire est d'apparition progressive.
C - La douleur est une sensation de cuisson dans la crise hémorroïdaire.
D - Des facteurs alimentaires peuvent déclencher une crise hémorroïdaire.
E - La douleur dans la crise de thrombose hémorroïdaire est résolutive en 12-24 heures.

QCM 12	A propos des ligatures hémorroïdaires sous contrôle doppler : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est un traitement chirurgical.
B - En cas d'anopexie, la muqueuse sous-anale et anale haute sont fixées, en plus des ligatures.
C - Plusieurs ligatures artérielles des pédicules hémorroïdaires sont effectuées.
D - Le contrôle doppler permet de visualiser les zones les plus vascularisées.
E - Une anesthésie locale est suffisante.

QCM 13	Quel examen complémentaire est à réaliser chez un patient se présentant pour rectorragies, avec une procidence hémorroïdaire grade 4 à l'examen clinique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Aucun.
B - Coloscopie totale.
C - Rectosigmoïdoscopie.
D - Anuscopie.
E - TDM abdomino-pelvien.

QCM 14	A propos de la thrombose hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le début brutal des douleurs est déclenché par la selle.
B - Le diagnostic est clinique.
C - Un doppler des hémorroïdes est nécessaire pour mettre en évidence la thrombose.
D - La tuméfaction péri-anale est mal limitée.
E - C'est une urgence douloureuse.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles sont des techniques instrumentales réalisables en ambulatoire sous endoscopie pour le traitement d'hémorroïdes internes procidentes ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Ligature élastique.
B - Electrocoagulation bipolaire.
C - Injections sclérosantes.
D - Hémorroïdectomie pédiculaire.
E - Photo-coagulation infra-rouge.
F - Anopexie.
G - Cryothérapie.

QCM 16	A propos des symptômes liés à la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les marisques correspondent à la procidence des plexus hémorroïdaires internes.
B - La procidence du plexus hémorroïdaire interne peut entraîner une gêne à la défécation.
C - La présence d'un écoulement muco-glaireux dans les sous-vêtements dot faire rechercher une fistule anale.
D - Le saignement hémorroïdaire peut être assez important pour entraîner une anémie.
E - Le prurit anal complique les stades tardifs de la pathologie hémorroïdaire.

QCM 17	A propos du traitement chirurgical de la pathologie hémorroïdaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est le traitement le plus efficace pour contrôler les symptômes liés à la maladie.
B - Le traitement chirurgical peut se compliquer de troubles de la continence anale aux gaz.
C - L'hémorroïdectomie pédiculaire permet un traitement radical de la pathologie hémorroïdaire.
D - En cas de constipation distale, le patient doit consulter rapidement.
E - La survenue d'une douleur intense dans les suites est habituelle et ne doit pas faire consulter le patient en urgence.

QCM 18	A propos des douleurs anales : (Jusqu'à 5 réponses)

A - En cas de fécalome, les douleurs sont souvent accompagnées de suintement et incontinence anale.
B - Une brûlure déclenchée par les selles persistant pendant plusieurs semaines oriente vers une crise hémorroïdaire.
C - Une douleur à début brutal, intense associée à une tuméfaction bleutée correspond à une thrombose hémorroïdaire.
D - Une douleur positionnelle pulsatile, à type de tension continue, associée à une tuméfaction péri-anale, correspond à la douleur de la thrombose hémorroïdaire.
E - Des brûlures anales intenses intéressant l'ensemble du périnée, associées à une dysurie, avec des lésions érosives à l'inspection orientent vers une fissure anale.

QCM 19	A propos des suites du traitement endoscopique par ligatures élastiques : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une envie défécatoire douloureuse survenant dans les heures suivant le geste doit faire évoquer une chute d'escarre.
B - Une fièvre chez un patient porteur de valve cardiaque mécanique doit faire réaliser une échographie trans-thoracique, voire trans-œsophagienne.
C - Une chute d'escarre se traduit par une récidive hémorragique importante et doit faire consulter en urgence.
D - Une consultation urgence est nécessaire en cas de douleurs importantes.
E - Le geste peut se compliquer d'une surinfection locale.

QCM 20	A propos du déroulement de l'examen proctologique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il se déroule sous anesthésie générale, du fait du vécu pénible et douloureux de cet examen.
B - L'examen endocanalaire comporte un toucher anal et un examen anuscopique.
C - L'anuscope est indispensable pour visualiser le plexus hémorroïdaire externe.
D - Un bon éclairage permet de préciser l'existence d'érosions péri-anales.
E - L'examen doit étudier la poussée, afin de mettre en évidence une procidence intermittente.

QROC 1	Quels sont les 3 principaux facteurs de risque de développer une pathologie hémorroïdaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Quelle complication évoquer devant des rectorragies abondantes chez un patient ayant eu des ligatures élastiques endoscopiques il y a 5 jours ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quel est le grade de la pathologie hémorroïdaire d'un patient présentant une procidence hémorroïdaire interne intermittente lors des efforts de poussées et réductible manuellement ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quelle pathologie proctologique évoquer chez un patient présentant une douleur anale continue depuis la veille, avec sensation de tension, pulsatile, douloureuse au contact, avec une tuméfaction irrégulière à l'inspection de la marge anale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quelle technique chirurgicale dans le traitement de la pathologie hémorroïdaire utilise un doppler pour pouvoir ligaturer les zones des pédicules hémorroïdaires les plus vascularisées ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quel examen complémentaire est nécessaire en cas d'hémorroïdes compliquées de rectorragies chez une femme de 47 ans ? (1 mot).
QROC 7	Quelles sont les deux principales complications à évoquer devant une fièvre à 39°C, 3 jours après une séance de ligatures endoscopiques ? (2 mots).
QROC 8	Quel examen complémentaire permet de faire le diagnostic positif de pathologie hémorroïdaire ? (1 mot).
QROC 9	Quel type de régime prescrire à un patient au décours d'une crise hémorroïdaire aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quel traitement proposer chez une patiente ayant de grosses hémorroïdes avec une procidence grade III, complètement asymptomatique ? (1 mot).
QROC 11	Quelle complication de la pathologie hémorroïdaire devant une douleur anale depuis 2 jours à type de cuisson, accentuée par le passage des selles, avec une muqueuse œdématiée à l'anuscope ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelle technique chirurgicale pour traiter la pathologie hémorroïdaire consiste en retirer les plexus hémorroïdaires ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quelle pathologie proctologique évoquer chez un patient présentant une douleur anale depuis la dernière selle il y a 3 jours, à type de brûlure intense de la marge anale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quel traitement proposer à un patient gêné par des hémorroïdes de bonne taille avec une procidence de grade III ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quel est le mécanisme d'action des médicaments veinotoniques dans la pathologie hémorroïdaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quelle pathologie proctologique faut-il évoquer chez un patient se plaignant de la présence de pus tachant ses sous-vêtements ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelle technique chirurgicale résèque la muqueuse de la partie haute des hémorroïdes internes et réalise une suture circulaire à l'aide d'agrafeuses ? (1 mot).
QROC 18	Citez trois méthodes instrumentales de la pathologie hémorroïdaire, réalisées sous endoscopie. (3 mots).
QROC 19	De quelles complications fonctionnelles à long terme faut-il prévenir les patients avant un traitement chirurgical de type hémorroïdectomie pédiculaire? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel temps de l'examen proctologique permet d'évaluer le plexus hémorroïdaire interne, lorsqu'il n'est pas extériorisé ? (1 mot).

2 Corrigé

QCM		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Le plexus hémorroïdaire interne est au-dessus de la ligne pectinée. • Les hémorroïdes sont composées de lacs veineux et d'artérioles, avec de nombreuses anastomoses.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Aucun traitement chirurgical ou endoscopique ne doit-être proposé en cas de pathologie hémorroïdaire de grade 1. Le traitement est médical pur. • L'hémorroïdectomie pédiculaire se pratique sous anesthésie générale.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : B** • L'absence de procidence mise en évidence avec l'anuscope correspond au grade 1. • La procidence dans la lumière de l'anuscope correspond au grade 2. • Le grade 3 est une procidence extériosée à la poussée et réductible. • Le grade 4 est une procidence extériorisée irréductible.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • L'inspection de la marge anale avec un bon éclairage met en évidence les fissures anales. • La lutte contre la constipation est primordiale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : AB** • En cas de régime riche en fibres et en l'absence de selles « dures », le traitement par un laxatif n'est pas obligatoire. • Les topiques veinotoniques jouent sur la composante œdémateuse de la crise hémorroïdaire. • Les topiques ne doivent être utilisés par courte période, uniquement pendant les crises hémorroïdaires.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : CD** • Il n'y a jamais de dégénérescence des hémorroïdes internes ou externes. • Classiquement, le saignement lié aux hémorroïdes recouvre les selles. • En mettant les rectorragies sur le compte des hémorroïdes, il existe un risque de méconnaître un cancer colo-rectal. • La pathologie hémorroïdaire est fréquente dans la population générale, 30% en ayant déjà ressenti les symptômes.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BC** • L'anopexie est un traitement chirurgical. • Le plexus hémorroïdaire interne est remonté dans le canal anal et maintenu en agrafant la muqueuse sous-jacente.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	F	0	**Réponse : F** • Les examens complémentaires peuvent chercher à établir un diagnostic complémentaire : exemple de la coloscopie pour rechercher un cancer colo-rectal associé à la pathologie hémorroïdaire. • Le diagnostic positif de pathologie hémorroïdaire est clinique : interrogatoire + examen proctologique.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
	F -	V	5	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : CD** • Le traitement endoscopique repose sur le renforcement du tissu de maintien des plexus hémorroïdaires. Cette prise en charge est moins efficace au cours du temps, il faut en informer le patient. • Il ne faut pas traiter une pathologie hémorroïdaire asymptomatique. • Les topiques médicamenteux sont le traitement de la crise hémorroïdaire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 10	A -	F	1	**Réponse : C** • L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée. • Le traitement endoscopique agit en renforçant le tissu de soutien de la muqueuse hémorroïdaire. • Ces gestes se font sans anesthésie, la muqueuse du bas rectum étant non douloureuse. Ils se déroulent en ambulatoire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : CD** • La douleur est accentuée par le passage des selles. Les aliments en cause sont les plats épicés et l'alcool le plus souvent. • La thrombose hémorroïdaire est responsable de douleurs de survenue brutale, beaucoup plus intenses. La douleur persiste 5 à 15 jours après le soulagement initial apporté par l'excision du thrombus.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ACD** • L'intervention proposée en B est la mucopexie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	F	0	**Réponse : B** • La coloscopie recherche une lésion colique ou rectale pouvant expliquer les rectorragies. • La rectosigmoïdoscopie ne visualise pas l'ensemble du colon. • L'anuscopie fait partie de l'examen clinique.
	B -	V	5	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : BE** • La douleur est brutale et intense, non rythmée par les selles. • La tuméfaction péri-anale bleutée est bien limitée.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	0.5	**Réponse : ABCEG** • La méthode la plus efficace est la ligature élastique. • L'hémorroïdectomie pédiculaire et l'anopexie sont des traitements chirurgicaux douloureux nécessitant une surveillance post-opératoire hospitalière.
	B -	V	1	
	C -	V	0.5	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
	G -	V	0.5	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Le marisque correspond à une tuméfaction péri-anale séquellaire de la pathologie hémorroïdaire évoluée. • La présence d'un écoulement muco-glaireux est possible dans les stades tardifs de la pathologie hémorroïdaire. C'est la présence de pus qui doit faire évoquer une fistule.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Même avec le traitement chirurgical de référence, les récidives sont possibles.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : AC** • La douleur décrite en B correspond à la douleur de la fissure anale. • La douleur décrite en D correspond à un abcès de la marge anale. • La douleur décrite en E correspond à une primo-infection herpétique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • Il faut redouter une endocardite infectieuse dans les suites. • Une envie défécatoire douloureuse est presque systématique dans les suites du geste, elle ne doit pas inquiéter le malade pendant les premières 72 heures.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 20				Réponse : BDE
	A -	F	1	• L'examen clinique est réalisé dans un lieu calme, à l'abri de toute interruption.
	B -	V	1	• L'examen à l'anuscope est indispensable, pour pouvoir visualiser les plexus hémorroïdaires internes.
	C -	F	1	• Les plexus externes sont visibles à l'examen externe, ils sont situés un niveau des plis radiés de l'anus.
	D -	V	1	• Intérêt du toucher anal : - tumeur ou sang. - nodules de carcinose péritonéale. - fécalome. - douleur du cul de sac de Douglas. - prostate. - tonus anal.
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Troisième trimestre de la grossesse. • Post-partum immédiat. • Troubles du transit.	1 1 1	• Les facteurs alimentaires (alcool, épices) précipitent la crise hémorroïdaire, mais ils n'expliquent pas la survenue de symptômes hémorroïdaires.
QROC 2	• Chute d'escarre.	2	• Les complications infectieuses, hémorragiques et douloureuses sont fréquentes après les ligatures élastiques.
QROC 3	• Grade III.	1	• La classification n'est pas difficile à apprendre. • La sévérité de la procidence permet de guider l'attitude thérapeutique.
QROC 4	• Abcès de la marge anale.	2	• Une dysurie peut s'associer au tableau.
QROC 5	• Les ligatures sous contrôle doppler.	2	• Un maintien de la muqueuse sous-jacente est possible, en plus des ligatures hémorroïdaires. On parle alors de mucopexie.
QROC 6	• La coloscopie.	2	• Afin de ne pas méconnaître un cancer colo-rectal associé.
QROC 7	• Suppuration infectieuse. • Endocardite infectieuse.	1 2	• Les temps importants de l'examen clinique sont : - l'auscultation cardiaque (souffle). - l'examen proctologique.
QROC 8	• Aucun / Clinique. • Si 1 examen :	2 0	• Le diagnostic positif et de gravité de la pathologie hémorroïdaire est clinique : - interrogatoire à la recherche de complications. - inspection, toucher anal, poussée, anuscope.
QROC 9	• Riche en fibres. • Eviter les aliments déclenchants.	2 1	• Les aliments déclenchants sont l'alcool et les produits épicés.
QROC 10	• Aucun.	2	• La prise en charge thérapeutique se base sur les symptômes présentés par le patient et sa demande pour un traitement.
QROC 11	• Crise hémorroïdaire.	2	• Bien connaître les aspects sémiologiques. • Ne pas confondre avec la thrombose hémorroïdaire : douleur brutale plus intense, non rythmée par les selles, avec une tuméfaction bleutée.

QROC 12	• Hémorroïdectomie pédiculaire.	2	• C'est la technique de référence, réalisée sous anesthésie générale. • Les suites post-opératoires sont longues, la douleur est intense.
QROC 13	• Fissure anale.	2	• L'examen proctologique permettra de la mettre en évidence : érosion de la marge anale à l'inspection, sous un bon éclairage.
QCM 14	• Traitement endoscopique / Ligatures élastiques.	2	• Les ligatures élastiques constitueront la méthode la plus adaptée à cette situation. • Elles seront réparties en plusieurs séances afin de diminuer le risque de complications.
QROC 15	• Propriétés anti-œdémateuses. • Anti-inflammatoires.	2	• Le traitement médicamenteux comporte plusieurs composants : - régime riche en fibres, laxatifs. - en cas de crise : veinotoniques, topiques locaux.
QROC 16	• Fistule anale.	2	• Il faudra préciser l'orifice d'entrée, de sortie et le trajet de la fistule. • Elle peut s'accompagner de saignements.
QROC 17	• Anopexie.	2	• Cette méthode est moins douloureuse dans les suites, car la plaie endocanalaire se situe haut dans le canal anal, où la muqueuse est moins sensible à la douleur.
QROC 18	3 parmi : • Ligature élastique. • Injections sclérosantes. • Photo-coagulation infra-rouge. • Cryothérapie. • Electrocoagulation bipolaire. Si > 3 réponses,	1+1 +1 0	• Les ligatures élastiques constituent la méthode la plus efficace et réalisée.
QROC 19	• Incontinence aux matières /gaz. • Récidives de la pathologie hémorroïdaires. • Prurit.	2 2	• Même le traitement chirurgical de type hémorroïdectomie pédiculaire ne prévient pas complètement le risque de récidive de la pathologie.
QROC 20	• Anuscopie.	2	• Il est introduit à l'aide d'un produit lubrifiant, puis le mandrin est retiré. • L'inspection se fait au retrait de l'anuscope.
		/45	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS

Titres	Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC
ZEROS	• Ne pas traiter une pathologie hémorroïdaire symptomatique ! • Informer le patient des risques du traitement endoscopique et chirurgical.
Définition	• Plexus hémorroïdaire interne au-dessus de la ligne pectinée. • Plexus hémorroïdaire externe au niveau des plis radiés de l'anus.
Facteurs de risque	• De la pathologie hémorroïdaire : -T3 de la grossesse. - Post-partum. - Troubles du transit. • De la crise hémorroïdaire : - Alcool, épices.
Clinique	Symptômes : Douleurs de la crise hémorroïdaire ou la thrombose hémorroïdaire. Rectorragies. Procidence avec gêne à la défécation. Examen proctologique exo et endocanalaire. • Inspection Recherche une procidence hémorroïdaire interne, une thrombose hémorroïdaire Fissure anale, tuméfaction (abcès), marisques. • Palpation : toucher anal • Anuscope : Visualise les paquets hémorroïdaires internes, œdème, procidence. Classification : Grade I : Absence de procidence dans la lumière de l'anuscope. Grade II : Procidence dans la lumière de l'anuscope. Grade III : Procidence extériorisée en poussée, réductible. Grade IV : Procidence extériorisée en permanence, non réductible.
Examens complémentaires	• Coloscopie en cas de rectorragies, afin de ne pas méconnaître un cancer colo-rectal.
Traitement	Uniquement en cas de symptômes ++ • Médical : - Régime riche en fibres, laxatifs. - Topiques anti-inflammatoires, anti-œdémateux, anesthésie locale. Uniquement pendant les poussées ++ • Endoscopique : - Ligatures élastiques ++, photocoagulaiton infra-rouge, injections sclérosantes, cryothérapie, électrocoagulation bipolaire. - Traitement en ambulatoire sans anesthésie. - Complications : hémorragiques, infectieuses, douleurs. • Chirurgical : si échec ou hémorroïdes volumineuses. - Hémorroïdectomie pédiculée : ablation des paquets hémorroïdaires externes et internes. - Ligatures sous contrôle doppler +/- mucopexie. - Anopexie avec agrafeuse circulaire. Complications précoces : hémorragie, infection, douleurs et tardives : récidive, incontinence anale aux gaz/matières, prurit.
Complications	• Crise hémorroïdaire. • Thrombose hémorroïdaire : incision d la zone thrombosée. • Anémie par carence martiale / Hypovolémie.

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont des hernies pariétales ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Hernie inguinale oblique externe. B - Hernie inguinale directe. C - Hernie hiatale. D - Hernie crurale. E - Hernie ombilicale.
QCM 2	**A propos du diagnostic des hernies pariétales: (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Une échographie abdominale est indispensable pour éliminer les diagnostics différentiels. B - Le diagnostic est clinique. C - Un scanner abdomino-pelvien permet de faire le diagnostic d'une hernie étranglée. D - En cas d'hernie crurale, la tuméfaction est située à la racine de la cuisse. E - En cas d'hernie étranglée, il y a un syndrome occlusif avec principalement arrêt des matières et gaz.
QCM 3	**Quelles propositions sont vraies à propos des hernies inguinales obliques externes ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Le collet de la hernie est situé au-dessus de la ligne de Malgaine. B - Le collet de la hernie est situé au-dessous de la ligne de Malgaine. C - Les vaisseaux épigastriques sont en-dehors de la hernie. D - Les vaisseaux épigastriques sont en dedans de la hernie. E - Le trajet est oblique en haut et en dehors.
QCM 4	**A propos de la prise en charge thérapeutique des hernies inguinales : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Le traitement chirurgical est recommandé en cas de hernie crurale, symptomatique ou non. B - Le traitement chirurgical est recommandé chez tous les enfants présentant une hernie inguinale oblique externe. C - Le traitement chirurgical est recommandé dans tous les cas de hernie inguinale directe. D - En cas de chirurgie en urgence, la mortalité post-opératoire est bien plus importante qu'en cas de cure de hernie programmée. E - La réfection pariétale dans les hernies inguinales obliques externes passe par la mise en place d'une prothèse.
QCM 5	**A propos des hernies de l'enfant : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Elles sont acquises dans 95% des cas. B - Le traitement repose sur la réduction de la hernie et la réfection pariétale. C - Elle est liée à la persistance du canal péritonéo-vaginal chez la fillette. D - En cas d'hernie inguinale oblique externe, le trajet est direct. E - Le traitement repose sur la réduction de la hernie et la résection du sac.
QCM 6	**Concernant les complications post-opératoires d'une cure de hernie inguinale, (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Il faut penser à une infection de la prothèse en cas de fièvre et douleurs abdominales 3 jours après la chirurgie. B - Les douleurs sont importantes et nécessitent une surveillance hospitalière d'au moins 3 jours. C - En cas d'hématome important, il faut le drainer. D - Les récidives sont moins fréquentes si une prothèse est mise en place. E - Un sérome doit-être drainé chirurgicalement.

QCM 7	Quelles propositions sont vraies concernant les hernies inguinales directes ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le collet herniaire est situé au-dessus de la ligne de Malgaine.
B - Le collet herniaire est situé au-dessous de la ligne de Malgaine.
C - Les vaisseaux épigastriques sont en dedans de la hernie.
D - Les vaisseaux épigastriques sont en dehors de la hernie.
E - Le trajet est oblique en haut et en dehors.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont des complications tardives possibles de la cure de hernie inguinale? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Atrophie testiculaire.
B - Récidive.
C - Hydrocèle.
D - Douleurs résiduelles.
E - Torsion testiculaire.

QCM 9	Lesquels de ces signes et symptômes sont compatibles avec une hernie inguinale non compliquée ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Tuméfaction indolore.
B - Tuméfaction réductible manuellement.
C - Syndrome occlusif haut.
D - Tuméfaction expansive à la toux.
E - Tuméfaction en regard d'une cicatrice abdominale chirurgicale.

QCM 10	A propos des hernies inguinales directes : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elles peuvent-être symptomatiques d'une cause d'hyperpression abdominale.
B - Le traitement chirurgical est toujours recommandé.
C - C'est une hernie pariétale.
D - La cure d'hernie consiste en réduire la hernie et réparer la paroi.
E - Une prothèse est toujours mise en place.

QCM 11	Quelles propositions sont vraies à propos des hernies crurales ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le collet herniaire est situé au-dessous de la ligne de Malgaine.
B - Le collet herniaire est au-dessus de la ligne de Malgaine.
C - Les vaisseaux iliaques externes sont en dedans de la hernie.
D - Les vaisseaux iliaques externes sont en dehors de la hernie.
E - La tuméfaction se trouve à la racine de la cuisse.

QCM 12	A propos des hernies pariétales: (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le sac péritonéal franchit le fascia transversalis.
B - Les hernies crurales, même asymptomatiques, se compliquent souvent d'étranglement herniaire.
C - Les hernies crurales sont situées à la racine de la cuisse.
D - Il faut programmer une chirurgie de cure inguinale en cas d'étranglement herniaire.
E - Les cures de hernies inguinales sont le plus souvent réalisées en ambulatoire.

QCM 13	Parmi ces signes et symptômes, lesquels sont compatibles avec une hernie étranglée ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Tuméfaction indolore.
B - Nausées et vomissements.
C - Hernie expansive à la toux.
D - Hernie irréductible.
E - Arrêt des matières et gaz précoce.

QCM 14	Concernant les hernies inguinales congénitales : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Dans la plupart des cas, elles sont obliques externes.
B - La paroi est fragilisée.
C - Le traitement chirurgical nécessite la mise en place d'une prothèse.
D - Après réduction de la hernie, il faut réséquer le sac herniaire.
E - Il y a un risque d'hydrocèle après la chirurgie.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles sont associées à une hernie inguinale directe symptomatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Bronchopneumopathie chronique obstructive.
B - Ascite.
C - Tuberculose.
D - Constipation.
E - Hypertrophie bénigne de la prostate.

QROC 1	Quels sont les trois types d'hernie pariétale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 2	Quels sont les principes du traitement chirurgical d'une hernie inguinale congénitale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quels sont les rapports anatomiques d'une hernie inguinale oblique externe ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quelles sont les deux complications post-opératoires tardives les plus fréquentes, après une cure de hernie ? (2 mots).
QROC 5	Quelle complication doit-on évoquer chez une patiente ayant une hernie crurale, présentant brutalement une douleur de la racine de la cuisse avec nausées et vomissements ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quels sont les deux mécanismes de la hernie inguinale ? (2 mots).
QROC 7	Quelles sont les indications chirurgicales des hernies crurales ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quels sont les rapports anatomiques d'une hernie inguinale directe ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quel est le type de hernie pariétale le plus probable chez un garçon de 6 mois ayant une hydrocèle depuis la naissance? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quelles sont les trois principales caractéristiques cliniques de la hernie étranglée ? (3 mots).
QROC 11	Quelle est la physiopathologie de la hernie inguinale congénitale oblique externe chez le garçon ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelles sont les indications chirurgicales d'une hernie inguinale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quels sont les rapports anatomiques d'une hernie crurale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quelle complication post-opératoire faut-il évoquer en cas de fièvre et douleur abdominale 3 jours après une cure de hernie inguinale acquise ? (1 mot).
QROC 15	Quel examen complémentaire faut-il demander devant une suspicion clinique d'hernie inguinale étranglée ? (1 mot).
QROC 16	Quel type de hernie se présente comme une tuméfaction de la bourse, chez l'homme ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelles sont les 3 principales complications post-opératoires précoces d'une cure de hernie ? (3 mots).
QROC 18	Quel examen complémentaire permet de faire le diagnostic positif d'une hernie ? (1 mot).
QROC 19	Quels sont les principes du traitement chirurgical pour le traitement d'une hernie inguinale acquise ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quelles sont les trois principales données de l'examen clinique en faveur d'une hernie non compliquée ? (3 mots).

Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Les hernies pariétales traversent par définition le fascia transversalis.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : BD** • L'échographie doit être réservée aux formes compliquées où les diagnostics différentiels sont difficiles. • La hernie étranglée est un diagnostic clinique. • En cas d'hernie étranglée, le syndrome occlusif est haut avec nausées et vomissements précoces et arrêt des matières et gaz tardif.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Les hernies inguinales ont leur collet au-dessus de la ligne de Malgaine, contrairement aux hernies crurales. • Les vaisseaux épigastriques sont ressentis en dedans du collet herniaire, contrairement aux hernies inguinales directes.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : AD** • Le traitement d'une hernie inguinale oblique externe est recommandé chez les enfants après 6 mois. • Une hernie inguinale directe symptomatique doit être opérée. • La réfection pariétale est le traitement d'une hernie inguinale directe, la prothèse est systématique en cas de voie d'abord par cœlioscopie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	F	1	**Réponse : E** • Dans 95% des cas de hernies chez l'enfant, elles sont congénitales. • Chez la fille, elle est liée à la persistance du canal de Nuck, c'est chez le garçon qu'elle est liée à la persistance du canal péritonéo-vaginal. • Dans une hernie inguinale oblique externe, le trajet est oblique en haut et en dehors.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Le sérome se résorbe seul dans la majorité des cas. • La cure de hernie inguinale est le plus souvent ambulatoire, en l'absence de complications et de comorbidités.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AD** • Le trajet est droit dans le sens antéro-postérieur.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABCD** • Il y a moins de risque de récidive en cas de mise en place d'une prothèse.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Le syndrome occlusif doit faire redouter un étranglement herniaire. • La tuméfaction en regard d'une cicatrice est une éventration.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ACD** • En cas de hernie asymptomatique, le risque d'étranglement herniaire est très faible. La place du traitement chirurgical est à discuter avec le patient.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• Le diagnostic est difficile en cas de surcharge pondérale.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABCE**
	B -	V	1	• La chirurgie en cas d'étranglement herniaire est urgente.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : BD**
	B -	V	1	• Les nausées et vomissements font partie du syndrome occlusif haut.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• La hernie n'est pas due à une faiblesse de la paroi, donc la prothèse n'a pas d'intérêt.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACDE**
	B -	F	1	• La BPCO et la tuberculose entraînent une hyperpression abdominale par la toux chronique.
	C -	V	1	• L'hypertrophie bénigne de la prostate par dysurie.
	D -	V	1	• L'ascite est pourvoyeuse d'hernies ombilicales plus que d'hernies inguinales.
	E -	V	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Hernie inguinale. • Hernie crurale. • Hernie ombilicale.	1 1 1	• Les hernies pariétales traversent le fascia transversalis.
QROC 2	• Réduction de la hernie. • Résection du sac.	1 2	• La voie d'abord à préférer est la voie inguinale.
QROC 3	• Collet au-dessus de la ligne de Malgaine. • En dehors des vaisseaux épigastriques.	2 2	• Le trajet de la hernie est oblique en haut et en dehors.
QROC 4	• Douleurs. • Récidive.	1 1	• Les récidives sont moins fréquentes en cas de pose de prothèse pendant la cure d'hernie inguinale acquise.
QROC 5	• Etranglement herniaire.	2	• Cette complication est fréquente en cas d'hernie crurale. • Le syndrome occlusif est haut car le contenu herniaire est du grêle dans la plupart des cas.
QROC 6	• Acquise. • Congénitale.	1 1	• Les hernies acquises, le plus souvent chez l'adulte, sont directes ou obliques externes. • Les hernies congénitales, chez l'enfant, sont obliques externes.
QROC 7	• Toujours/ Dans tous les cas.	1	• Toutes les hernies crurales sont une indication de traitement chirurgical. • Le risque d'étranglement herniaire sans traitement est élevé.
QROC 8	• Au-dessus de la ligne de Malgaine. • En dedans des vaisseaux épigastriques.	2 2	• Le trajet est droit dans le sens antéro-postérieur.
QROC 9	• Hernie inguinale. • Congénitale. • Oblique externe.	1 1 1	• Par persistance du canal péritonéo-vaginal.
QROC 10	• Douloureuse. • Irréductible. • Non expansive/impulsive à la toux.	1 1 1	• C'est une urgence chirurgicale, aucun examen complémentaire morphologique ne doit être fait pour confirmer le diagnostic.
QROC 11	• Persistance du canal • Péritonéo-vaginal.	1 2	• Chez la fillette, c'est la persistance du canal de Nuck qui peut être à l'origine d'une hernie inguinale oblique externe.

QROC 12	• Hernie symptomatique. • Hernie de l'enfant > 6 mois. • Demande du patient.	1 1 1	• La mortalité post-opératoire est beaucoup plus importante dans l'urgence (hernie étranglée), qu'en cas de chirurgie programmée. Si le patient le souhaite, une hernie inguinale peut-être opérée. • Le risque d'étranglement herniaire en cas de hernie inguinale asymptomatique est très faible.
QROC 13	• Au-dessous de la ligne de Malgaine. • En dedans des vaisseaux iliaques externes.	2 1	• Le diagnostic est difficile en cas de surcharge pondérale.
QROC 14	• Complication infectieuse.	2	• En cas de pose de prothèse, il faudra l'enlever.
QROC 15	• Aucun.	2	• Le diagnostic est clinique. • Aucun examen morphologique n'est nécessaire avant la prise en charge chirurgicale en urgence.
QROC 16	• Hernie inguinale. • Oblique externe.	1 2	• La hernie peut descendre dans la bourse homolatérale. • C'est une tuméfaction expansible à la toux et réductible, contrairement aux diagnostics différentiels.
QROC 17	• Hématome. • Infection. • Sérome.	1 1 1	• En cas d'infection après cure de hernie inguinale avec pose de prothèse, il faut enlever la prothèse.
QROC 18	• Aucun.	2	• Le diagnostic de hernie pariérale est clinique. • En cas de diagnostic différentiel difficile, une échographie peut aider. Elle doit rester exceptionnelle.
QROC 19	• Réduction de la hernie. • Réfection pariétale.	1 2	• La voie d'abord est inguinale ou laparoscopique. • Une prothèse peut-être mise en place.
QROC 20	• Impulsive/ Expansive. • Réductible. • Indolore.	1 1 1	• La réductibilité est le critère le plus important.
		/55	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Pas d'examens complémentaires en cas d'étranglement herniaire, urgence chirurgicale.
Définition	Passage du contenu de l'abdomen à travers un orifice musculo-aponévrotique. • Hernies pariétales : - ombilicales. - inguinales : collet au-dessus de la ligne de Malgaine. - crurales : collet au-dessous de la ligne de Malgaine. • Autres : hernies hiatales.
Etiologies	Hernies inguinales : • Acquises : directe ou indirecte. Symptomatique : BPCO, toux chronique, constipation, dysurie. • Congénitales obliques externes, 95% des hernies de l'enfant. Par persistance du canal péritonéo-vaginal chez le garçon /canal de Nuck chez la fille.
Clinique	• Tuméfaction qui augmente à la toux. • Douleur : pesanteur. • Examen couché puis debout, sans et avec poussée, bilatéral. - Localisation du collet. - Trajet. - Réductibilité. • Diagnostics différentiels : Lipome, adénopathie : non réductibles. Eventration. Hydrocèle, kyste volumineux : transillumination.
Examens complémentaires	• Aucun en cas de hernie inguinale non compliquée. Echographie en cas de diagnostic différentiel difficile. • Aucun examen complémentaire en cas de hernie étranglée : urgence chirurgicale.
Traitement	• Chirurgical : - Réduction de la hernie et réfection pariétale chez l'adulte. - Réduction de la hernie et résection du sac chez l'enfant. • INDICATIONS : Toutes les hernies crurales. Hernie inguinale chez l'enfant > 6 mois. Hernie inguinale symptomatique de l'adulte avec risque anesthésique faible.
Complications	• Etranglement herniaire : Douleur brutale, permanente +/- occlusion intestinale. Tuméfaction douloureuse non expansible, non réductible. Urgence chirurgicale. • Incarcération isolée d'une frange épiploïque : Douleur sans occlusion intestinale. • Post-opératoires : Hématome à évacuer. Infection : retrait du matériel si prothèse. Sérome : se résorbe seul. Douleurs. Récidive < 5%.

UE questions isolées

Item 298

1 Enoncé

QCM 1	A propos des tumeurs bénignes du colon : (Jusqu'à 5 réponses)
A -	Un polype est une excroissance faisant saillie dans la lumière colique.
B -	Les polypes plans sont facilement accessibles à l'exérèse endoscopique.
C -	Les polypes hyperplasiques peuvent dégénérer en cancer colo-rectal.
D -	On parle de polypose lorsque de nombreux polypes sont mis en évidence.
E -	Les polypes inflammatoires peuvent évoluer vers un cancer colo-rectal.
QCM 2	**A propos des CCR métastatiques : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	On parle de métastases métachrones en cas de découverte de métastases hépatiques sur le TDM TAP du bilan pré-thérapeutique.
B -	En cas d'occlusion intestinale sur un CCR avec prise en charge curative, le traitement de choix est l'endoprothèse colique.
C -	Le traitement palliatif du CCR métastatique repose sur de la radiothérapie.
D -	Le traitement curatif est possible en cas de métastases hépatiques résécables.
E -	La thermocoagulation d'un CCR hémorragique est possible dans une prise en charge palliative.
QCM 3	**Lesquelles de ces manifestations cliniques doivent faire réaliser une coloscopie+ biopsies à la recherche d'un CCR ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Constipation chronique dans le cadre d'une colopathie fonctionnelle.
B -	Méléna s.
C -	Syndrome rectal.
D -	Rectorragies avec procidence hémorroïdaire interne.
E -	Anémie par carence martiale chez un homme de 55 ans.
QCM 4	**A propos de l'épidémiologie du cancer colo-rectal : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	C'est la troisième cause de cancer en France.
B -	Le cancer du rectum est plus fréquent que le cancer colique.
C -	Il représente la deuxième cause de mortalité par cancer.
D -	La plupart des cancers coliques sont localisés au niveau du colon transverse.
E -	Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'un adénocarcinome.
QCM 5	**Concernant la prise en charge curative des cancers du rectum : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Une amputation abdomino-périnéale, non conservatrice du sphincter, est obligatoire en cas de cancer du moyen rectum.
B -	Les lésions du haut rectum à plus de 10 cm de la marge anale sont traités par chirurgie conservatrice : exérèse tumorale, marges de 5 cm, anastomose colo-rectale et exérèse du mésorectum.
C -	En cas de tumeur envahissant la sous-séreuse (T3), une radiothérapie néo-adjuvante est indiquée.
D -	Les tumeurs du bas rectum, à moins de 4cm de la marge anale, peuvent le plus souvent être éligibles à une chirurgie conservatrice grâce à la radio-chimiothérapie néo-adjuvante.
E -	En cas de tumeur N+, une chimiothérapie adjuvante est recommandée.
QCM 6	**A propos des polyposes : (Jusqu'à 5 réponses)**
A -	Les patients atteints d'un syndrome de Lynch sont à risque de développer un cancer colo-rectal, par dégénérescence d'un des nombreux polypes coliques induits par cette mutation génétique.
B -	Il faut rechercher une mutation du gène APC en cas de suspicion de polypose adénomateuse familiale (PAF).
C -	La polypose adénomateuse familiale (PAF) est une maladie héréditaire autosomique dominante.
D -	La PAF est la seule polypose héréditaire connue.
E -	Une colectomie ou coloproctectomie est indiquée en cas de PAF avant 15-25 ans.

QCM 7	A propos du dépistage organisé du cancer colo-rectal : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est proposé aux homme et femmes entre 50 et 74 ans.
B - En cas de rectorragies, le test de dépistage est indiqué.
C - Il repose sur une coloscopie tous les 2 ans.
D - Il est proposé pour la population ayant un risque moyen de développer un CCR.
E - Il est pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles font partie du bilan pré-thérapeutique d'un cancer du côlon ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Echo-endoscopie colique.
B - IRM pelvienne.
C - TDM TAP.
D - PET scanner.
E - Coloscopie totale à la recherche de lésions synchrones.

QCM 9	Comment classeriez-vous un cancer colo-rectal envahissant la sous-muqueuse, avec 2 ganglions métastatiques régionaux et pas de métastases à distance ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - pT1N1M0.
B - pT2N1M0
C - Stade III.
D - Stade II.
E - pT1N2M0

QCM 10	Lesquelles de ces propositions sont des techniques chirurgicales du cancer colique compliqué d'une occlusion intestinale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Chirurgie en 3 temps : colostomie en urgence, résection puis anastomose emmenant la colostomie.
B - Pose d'une endoprothèse colique.
C - Chirurgie en 1 temps avec résection, lavage colique per-opératoire et anastomose.
D - Colectomie totale avec anastomose iléo-sigmoïdienne
E - Colectomie subtotale avec anastomose iléo-rectale.

QCM 11	Parmi ces polypes coliques, lesquels sont à risque de se transformer en cancer colo-rectal ? (Jusqu'à 6 réponses)

A - Polypes hyperplasiques.
B - Polypes villeux.
C - Polypes adénomateux.
D - Polypes tubuleux.
E - Polypes juvéniles.
F - Polypes inflammatoires.

QCM 12	Lesquelles de ces maladies héréditaires sont associées à un risque accru de CCR ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Mutation BRCA1.
B - Polypose adénomateuse familiale.
C - Mutation BRCA2.
D - Syndrome de Lynch.
E - Syndrome de Peutz-Jeghers.

QCM 13	A propos de la classification histo-pronostic des cancers colo-rectaux : (Jusqu'à 5 réponses)

A - En cas d'envahissement ganglionnaire, le CCR est de stade III.
B - Un CCR avec envahissement de la musculeuse est classé stade II.
C - En cas de métastase à distance, le CCR est de stade V.
D - Un CCR envahissement uniquement la sous-muqueuse, avec N0M0 est de stade I.
E - Un envahissement de la sous-séreuse ou la séreuse définit un CCR de stade III.

QCM 14	Comment classeriez-vous un cancer du côlon envahissant la sous-séreuse, avec 5 ganglions métastatiques régionaux et un ganglion de Troisier ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - pT3N2M0.
B - pT2N2M1.
C - pT3N2M1.
D - Stade III.
E - Stade IV.

QCM 15	Quelles propositions sont vraies concernant la surveillance post-thérapeutique d'un cancer colo-rectal ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Suivi clinique tous les 3 mois pendant 2 ans puis tous les 6 mois pendant 3 ans.
B - Coloscopie annuelle.
C - TDM TAP tous les 5 ans.
D - PET scan annuel.
E - Dosage de l'ACE.

QCM 16	Quels propositions sont vraies concernant le risque de cancer colo-rectal (CCR)? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une femme de 48 ans avec antécédent de polype adénomateux tubuleux de 2 cm est à risque très élevé de CCR.
B - Une femme de 65 ans sans antécédent est à risque faible de CCR.
C - Un patient de 65 ans, dont le père a présenté un CCR à l'âge de 58 ans est à risque élevé de CCR.
D - Un patient de 52 ans avec antécédent de polype juvénile est à risque élevé de CCR.
E - Un patient de 45 ans avec recto-colite hémorragique et cholangite sclérosante est à risque très élevé de CCR.

QCM 17	A propos du dépistage individuel du CCR : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Après ablation d'un polype adénomateux tubulo-villeux, la surveillance par coloscopie est recommandée à 3 ans, puis tous les 5 ans.
B - Il repose sur une coloscopie annuelle ou bi-annuelle chez les sujets ayant un syndrome de Lynch.
C - Chez les sujets âgés de 50 à 74 ans, le dépistage repose sur un test Hemoccult ®, et une coloscopie en cas de positivité, tous les 2 ans.
D - Il repose sur une coloscopie tous les 6 mois chez les sujets ayant une PAF.
E - En cas d'antécédent familial de CCR chez les 2 parents à l'âge de 65 ans, le dépistage par coloscopie est effectué tous les 5 ans à partir de 45 ans.

QCM 18	A propos du traitement curatif du cancer du côlon : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les marges d'exérèse de la lésion cancéreuses sont de 5 cm.
B - Il est nécessaire d'examiner histologiquement au minimum 20 ganglions pour connaitre le statut ganglionnaire.
C - La présence de métastases hépatiques rend le traitement curatif impossible.
D - Une chimiothérapie adjuvante est indiquée en cas de stade III.
E - Une radiothérapie néo-adjuvante est indiquée en cas de stade III.

QCM 19	Parmi ces propositions, lesquelles sont des techniques chirurgicales du cancer du côlon avec perforation colique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Pose d'une endoprothèse colique.
B - Chirurgie en deux temps : résection avec stomies puis anastomose colo-colique.
C - Abstention thérapeutique en cas de cancer multi-métastatique.
D - Colectomie du caecum à la limite inférieure de la tumeur et anastomose iléo-colique.
E - Chirurgie en 3 temps : colostomie, puis résection tumorale puis rétablissement de la continuité.

QCM 20	A propos du syndrome de Lynch : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est associé à un risque très élevé de CCR.
B - Une analyse génétique à la recherche de la mutation est indiquée d'emblée si les critères d'Amsterdam sont remplis.
C - Il est lié à une mutation autosomique dominante des gènes du système MMR.
D - Le traitement préventif repose sur une coloproctectomie totale avant l'âge de 15-25 ans.
E - Chez les femmes, il est associé à un risque de l'endomètre.

QROC 1	Quel est le type histologique de CCR le plus fréquent ? (1 mot).
QROC 2	Quelles sont les 2 complications mécaniques les plus fréquentes du CCR ? (2 mots).
QROC 3	Quels sont les 3 examens endoscopiques pouvant mettre en évidence une tumeur du rectum ? (3 mots).
QROC 4	Quelles sont les possibilités thérapeutiques pour lever l'obstacle tumoral qu'est le CCR, en cas d'occlusion intestinale, dans le cadre d'une prise en charge palliative ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Que faut-il rechercher pour confirmer la suspicion du syndrome de Lynch ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quelles sont les 3 formes de polypes visibles en endoscopie ? (3 mots).
QROC 7	Quels sont les principes du traitement curatif d'un cancer du moyen rectum situé à plus de 5 cm du sphincter anal T3N2M0 ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quelle maladie héréditaire entraîne un cancer du côlon avant 40 ans par mutation du gène APC ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quels sont les deux principaux risques liés à la polypectomie endoscopique ? (2 mots).
QROC 10	Quels sont les 3 principaux examens à prescrire pour le bilan pré-thérapeutique d'un cancer du côlon (hors examens biologiques non spécifiques) ? (3 mots).
QROC 11	Quels sont les 3 sous-types histologiques des polypes adénomateux ? (3 mots).
QROC 12	Quels sont les examens du suivi post-thérapeutique d'un cancer du côlon ? (hors examens biologiques non spécifiques) Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel examen est prescrit dans le cadre du dépistage de masse du CCR ? (1 mot).
QROC 14	Quelles sont les indications de coloscopie de contrôle à 1 an du traitement d'un CCR ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels examens sont indiqués dans le cancer du rectum pour l'extension locorégionale ? (2 mots).
QROC 16	Citez trois types histologiques de polypes. (3 mots).
QROC 17	Quelles sont les techniques possibles d'éradication de métastases hépatiques synchrones dans le cadre d'un cancer du côlon ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quelles sont les circonstances qui placent un patient dans le groupe à très haut risque de CCR ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quels sont les principes du traitement curatif d'un cancer du côlon pT2N1M0 ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel examen morphologique est recommandé en première intention pour mettre en évidence un CCR ? (1 mot).

2 Corrigé

		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : AD** • Les polypes pédiculés sont faciles à enlever par voie endoscopique. Les polypes plans sont difficiles à mettre en évidence et à enlever. • Les polypes hyperplasiques ne dégénèrent pas, mais ils pourraient-être associés à un risque de polypes adénomateux. • La polypose est définie par un nombre de polypes > 10. • Seuls les polypes adénomateux peuvent évoluer vers un CCR.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : DE** • Les métastases métachrones sont découvertes pendant le suivi post-thérapeutique. • Les métastases synchrones sont présentes au moment du diagnostic. • L'endoprothèse colique est le traitement de choix des CCR occlus avec prise en charge palliative. • Le traitement palliatif repose sur de la chimiothérapie ou biothérapie : sels de platine, 5FU, anti-angiogéniques, anti-EGFR.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • La colopathie fonctionnelle n'est pas une indication de suivi endoscopique. • La coloscopie est indiquée en cas de changement récent des symptômes.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Dans les CCR, il y a 60% de cancers coliques et 40% de cancers du rectum. • Les cancers coliques sont le plus souvent au niveau du sigmoïde.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	F	1	**Réponse : BCE** • En cas de cancer du moyen rectum, la prise en charge chirurgicale conservatrice ou non doit-être décidée en RCP au cas par cas, selon la localisation de la tumeur par rapport au sphincter. • Les tumeurs du bas rectum sont habituellement traitées par amputation abdomino-péritonéale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Le syndrome de Lynch n'entraîne pas de polypose. • Il existe d'autres polyposes héréditaires plus rares que la PAF.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ADE** • En cas de rectorragies, il est inutile de faire le test Hemoccult ®, il faut aller directement à la coloscopie. • La coloscopie est indiquée en cas de test Hemoccult ® positif.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : CE** • L'écho-endoscopie et l'IRM pelvienne ne sont pas indiquées dans le bilan pré-thérapeutique d'un cancer du côlon, contrairement au cancer du rectum. • Le PET scanner n'est pas indiqué en pré-thérapeutique d'un CCR.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	2.5	**Réponse : AC** • L'envahissement de la sous-muqueuse classe un CCR en T1. • Jusqu'à 3 ganglions métastatiques régionaux, le CCR est N1. • Un cancer N+M0 est stade III.
	B -	F	0	
	C -	V	2.5	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABC** • En cas de colectomie subtotale, l'anastomose est iléo-sigmoïdienne. • En cas de colectomie totale, l'anastomose est iléo-rectale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	

QCM	Item	V/F	Points	Commentaire
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Les polypes adénomateux sont les seuls à risque de dégénérer en cancer colo-rectal. • Parmi les polypes adénomateux, ceux ayant un contingent villeux sont plus à risque que les polypes tubuleux. • Une coloscopie de contrôle à 3 ans est recommandée en cas de polype > 1cm ou avec un contingent villeux, puis tous les 5 ans en cas d'examen normal. • Les polypes hyperplasiques, juvéniles et inflammatoires ne sont pas à risque de dégénérescence.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	0.5	
	F -	F	0.5	
QCM 12	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Le syndrome de Peutz-Jeghers est une polypose à transmission AD associé à un risque accru de CCR, du grêle, du pancréas et de l'ovaire.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : AD** • En cas de CCR M+, il est stade IV. • L'envahissement ganglionnaire définit le stade III. • En cas d'envahissement de la sous-séreuse, il est de stade II. • Un envahissement sans atteinte de la sous séreuse, avec N0M0 définit un CCR stade I.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : CE** • Le ganglion de Troisier est l'équivalent d'une métastase à distance.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : AE** • Le suivi clinique permet d'apprécier la cinétique du poids, l'état général, la palpation hépatique, l'aucultation pulmonaire, le toucher rectal. Il recherche la présence de troubles du transit, d'hémorragie digestive, … • La coloscopie est indiquée après 3 ans puis tous les 5 ans si elle est normale. • Il faut faire une coloscopie à 1 an en cas de tumeur associée à 3 adénomes ou 1 adénome avance (> 1 cm, villeux ou dysplasie/ carcinome in situ). • Le suivi scannographique doit-être rapproché : tous les 6 mois pendant 5 ans au minimum. • Le suivi de la valeur de l'ACE est un bon indicateur du suivi de la masse tumorale.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : C** • Un antécédent de polype adénomateux > 1 cm constitue un risque élevé de CCR. • La population de plus de 50 ans est à risque moyen de CCR. • Les polypes juvéniles ne sont pas associés au CCR, ce patient est à risque moyen de CCR. • Une MICI colique étendue, associée à une cholangite sclérosante ou d'évolution > 7 ans est un risque élevé de CCR. • Le risque très élevé est constitué des PAF et syndromes de Lynch.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Le dépistage comme indiqué en C correspond au dépistage de masse et non individuel. • Chez les sujets atteints de PAF, la prévention repose sur une colectomie totale ou colproctectomie totale à l'âge de 15-25 ans.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : AD** • Il faut étudier au minimum 12 ganglions régionaux pour connaître le statut pNx. • Les métastases hépatiques résécables peuvent-être enlevées par chirurgie et n'empêchent pas une prise en charge curative. • Il n'y a pas de consensus à propos de la radiothérapie néo-adjuvante dans le cancer du côlon.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BD** • La colectomie décrite en D est recommandée pour les perforations diastasiques. • En cas de perforation digestive, il n'y a pas d'abstention thérapeutique, la prise en charge chirurgicale est urgente.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 20				Réponse : ACE
	A -	V	1	• Les critères d'Amsterdam dans une famille doivent faire rechercher une instabilité des microsatellites. En cas de positivité, la recherche d'une mutation sur les gènes du système MMR sera indiquée.
	B -	F	1	• La prévention du CCR repose sur un suivi coloscopique régulier (annuel ou biannuel). Le traitement préventif par colectomie ou coloproctectomie totale est indiqué chez les patients avec une PAF.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/100	Total QCM

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Adénocarcinome.	1	• Les lymphomes et tumeurs endocrines sont rares.
QROC 2	• Occlusion. • Perforation.	1 1	• La perforation peut-être diastasique, il faudra alors réséquer le colon du caecum à la limite inférieure du cancer. • La prise en charge d'un colon occlus sera détaillée dans le chapitre occlusion intestinale.
QROC 3	• Rectoscopie. • Recto-sigmoïdoscopie. • Coloscopie totale.	1 1 1	• La rectoscopie et recto-sigmoïdoscopie ont l'avantage de ne pas nécessiter d'anesthésie générale, ni de préparation colique sur plusieurs jours.
QROC 4	• Endoprothèse colique. • Colostomie. • Thermocoagulation endoscopique.	2 1	• Ces techniques sont possibles en cas de prise en charge palliative.
QROC 5	• Instabilité des microsatellites.	2	• Si elle est retrouvée, une recherche de la mutation d'un gène du système MMR sera indiquée.
QROC 6	• Pédiculés. • Sessiles. • Plans.	1 1 1	• Les polypes pédiculés sont les plus faciles à mettre en évidence et enlever. • Les polypes plans sont difficiles à visualiser.
QROC 7	• Radiothérapie/ Radio-chimiothérapie néo-adjuvante. • Chirurgie conservatrice. • Chimiothérapie adjuvante.	2 2 2	• La radio-chimiothérapie néo-adjuvante est indiquée car le cancer est T3. • La chirurgie est conservatrice à priori car les marges respectent le sphincter. Il faudra en parler à la RCP. • La chimiothérapie adjuvante est indiquée car le cancer est N+.
QROC 8	• Polypose adénomateuse familiale.	2	• Par mutation autosomique dominante du gène APC. • Une coloproctectomie ou colectomie totale est indiquée à l'âge de 15-25 ans.
QROC 9	• Hémorragie. • Perforation.	1 1	• En cas de perforation digestive, il faut le plus souvent avoir recours à un traitement chirurgical.
QROC 10	• Coloscopie totale. • TDM TAP injecté. • Dosage de l'ACE.	1 1 1	• La coloscopie totale recherche des lésions synchrones. • Le TDM TAP fait le bilan d'extension. • L'ACE est utile pour le suivi ultérieur.
QROC 11	• Tubuleux. • Tubulo-villeux. • Villeux.	1 1 1	• Les polypes à haut risque sont : - > 1 cm. - Avec un contingent villeux.

QROC 12	• Coloscopie totale. • TDM TAP. • Dosage de l'ACE.	2 2 2	• La coloscopie est faite à 3 ans puis tous les 5 ans si elle est normale. • Le TDM TAP est fait régulièrement (tous les 6 mois pendant 5 ans).
QROC 13	• Hemoccult ® / recherche de sang dans les selles.	2	• En cas de positivité, une coloscopie sera indiquée.
QROC 14	• Tumeur associée à 3 polypes adénomateux. • Tumeur associée à un polype > 1 cm • Polype villeux/ dysplasie/ carcinome in situ.	1 1 1	• Dans les autres cas, la coloscopie de contrôle est plus tardive : 18 mois à 3 ans selon les cas.
QROC 15	• Echo-endoscopie. • IRM pelvienne.	2 2	• Le TDM TAP est plus utile pour évaluer l'extension à distance.
QROC 16	3 parmi : • Adénomateux. • Hyperplasiques. • Juvéniles. • Inflammatoires.	1+1 +1	• Seuls les polypes adénomateux peuvent se transformer en CCR. • La polypose hyperplasique est associée à un sur-risque de polypes adénomateux.
QROC 17	• Résection chirurgicale. • Radiofréquence.	1 2	• En cas de résection avec R0, le traitement est curatif.
QROC 18	• Polypose adénomateuse familiale. • Syndrome de Lynch.	2 2	• Un traitement chirurgical préventif est recommandé en cas de PAF. • Un suivi annuel par coloscopie est recommandé en cas de syndrome de Lynch.
QROC 19	• Chirurgie. • Chimiothérapie adjuvante.	1 2	• La chirurgie comprendra plusieurs temps : - Exérèse de la tumeur avec marges de 5 cm. - Exérèse du mésocolon. - Anastomose en un temps le plus souvent (hors urgence).
QROC 20	• Coloscopie totale.	2	• Des biopsies seront faites et confirmeront le caractère cancéreux des lésions.
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS

1

Titres	Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC
Définition	• Troisième cancer le plus fréquent en France : 40 000 cas/an et 15 000 décès.
Facteurs de risque	• Risque moyen Population 50-74 ans : Hemoccult tous les 2 ans +/- coloscopie. • Risque élevé - Antécédent personnel d'adénome villeux, > 1 cm ou de cancer colorectal : coloscopie à 3 ans puis tous les 5 ans. - Antécédent de CCR chez les deux parents ou chez un apparenté au 1er degré < 60 ans: coloscopie à partir de 45 ans ou 5 ans avant le cas index et tous les 5 ans. - MICI colique étendue, évoluant depuis > 7 ans ou avec cholangite sclérosante : 5-aminosalycilés (chémoprévention) si RCH. • Risque très élevé - Polypose adénomateuse familiale - Syndrome de Lynch (mutation AD d'un gène du système MMR) : recherche de l'instabilité des microsatellites (MSI). Risque de cancer du côlon, endomètre, voies urinaires, grêle. Critères d'Amsterdam : 3 cas du spectre dont 1 apparenté au 1er degré avec les 2 autres + 2 générations successives + 1 cas < 50 ans. Coloscopie annuelle ou /6mois des cas et leurs apparentés
Clinique	• Cancer du côlon (60%) Douleurs abdominales, troubles du transit, anémie ferriprive, méléna s, rectorragies, AEG, masse abdominale, hépatomégalie, complication. • Cancer du rectum (40%) Rectorragies Syndrome rectal : épreintes, ténesmes, faux besoins. Troubles du transit, anémie, complication. Masse au toucher rectal.
Examens complémentaires	• Endoscopiques + biopsie : - Rectoscopie. - Rectosigmoïdoscopie : après lavement évacuateur. - Coloscopie totale : sous anesthésie générale, après préparation colique (régime sans résidus et lavage colique. Risques : perforation colique, anesthésie générale, infectieux. • Bilan pré-thérapeutique : - Cancer du côlon : coloscopie totale (tumeurs synchrones), TDM TAP, ACE pour le suivi. - Cancer du rectum : écho-endoscopie ou IRM pelvienne, TDM TAP, coloscopie totale. • Histologie : Adénocarcinome ++ Classification TNM à connaître.

Traitement	Décision en RCP • Traitement curatif du cancer du côlon M- : - Chirurgical : Exérèse du colon avec marges > 5 cm, des vaisseaux et du mésocolon avec curage ganglionnaire : >12 ganglions. Hémicolectomie, sigmoïdectomie avec rétablissement de la continuité. - Chimiothérapie adjuvante : FOLFOX 6 mois si stade III. • Traitement curatif du cancer du rectum M- : - Traitement chirurgical conservateur du sphincter Haut rectum (10-15 cm de la marge anale) : exérèse de la tumeur et mésorectum avec marges de 5 cm et anastomose colorectale - Tumeurs du moyen rectum (5-10 cm de la marge anale), conservateur si marges de 2 cm possibles et exérèse du mésorectum. - Amputation abdomino-périnéale + exérèse du mésorectum si < 1 cm du sphincter /4 cm de la marge anale. - Radiothérapie ou radio-chimiothérapie néo-adjuvante Cancers du bas et moyen rectum T3 et T4. - Chimiothérapie adjuvante par FOLFOX si N+. • Cancers colorectaux M+ - Traitement curatif : exérèse chirurgicale de métastases hépatiques synchrones ou métachrones si R0 possible. - Traitement palliatif : chimiothérapie (réduction tumorale, augmentation de la survie) et si échec, traitement de 2ème/ 3ème ligne. Sels de platines, 5FU ou anti-angiogéniques, anti-EGFR. Traitement chirurgical des tumeurs symptomatiques.
Complications	• Occlusion intestinale : - Colostomie en amont de la tumeur en urgence puis 2ème temps avec résection-anastomose emportant la colostomie. - Résection anastomose et lavage per-opératoire en 1 temps. - Colectomie subtotale ou totale. - Prothèse colique en cas de carcinose péritonéale ou métastases non résécables. • Perforation digestive - Résection de la tumeur avec stomie(s) puis rétablissement de la continuité dans un 2ème temps. - Colectomie du caecum à la limite inférieure de la tumeur puis anastomose dans un 2ème temps. • Infection

Tumeurs bénignes	• Polypes : sessiles, pédiculés ou plans. • Histologie : - Polypes adénomateux tubuleux, tubulo-villeux ou villeux. Risque de dégénérescence, surtout selon le contingent villeux. - Polypes hyperplasiques, aspect festonné. - Polypes juvéniles : rares. - Pseudo-polypes inflammatoires. • Transformation : Adénome – dysplasie de bas puis haut grade – cancer invasif. • Prise en charge : - Pendant la coloscopie, destruction à la pince ou ablation à l'anse diathermique. Exérèse chirurgicale si échec. - Examen histologique. - Suivi : Coloscopie tous les 3 ans si polype adénomateux > 1 cm ou contingent villeux. Puis tous les 5 ans si coloscopie normale. En cas de polype hyperplasique > 1cm ou > 5 polypes hyperplasiques sur la même coloscopie, surveillance endoscopique à 5 ans. • Polypose si plus de 10 polypes : - Polypose adénomateuse familiale, mutation autosomique dominante du gène APC. > 100 polypes avec cancer colo-rectal avant 40 ans. Traitement : colectomie totale ou colproctectomie totale à 15-25 ans. - Autres plus rares
Suivi après CCR	• Clinique /3 mois x 2 ans puis /6 mois x 3 ans. • TDM TAP /3 mois x 2 ans puis /6 mois x 3 ans. • Dosage de l'ACE. • Coloscopie à 1 an si adénome avancé ou 3 adénomes.

UE questions isolées — Item 300

1 Enoncé

QCM 1	**Parmi les types de tumeurs ci-après, lequel correspond au type le plus fréquent dans le cancer gastrique ? (Jusqu'à 1 réponses)**
A - Tumeur épithéliale maligne. B - Tumeur épithéliale bénigne. C - Tumeur endocrine. D - Tumeur stromale. E - Lymphome de haut grade.	
QCM 2	**A propos des tumeurs stromales: (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Ces tumeurs se développent le plus souvent au niveau de la sous-muqueuse gastrique. B - Le diagnostic repose sur le TDM abdomino-pelvien. C - Les GIST sont des tumeurs stromales. D - Elles se manifestent par une altération majeure de l'état général. E - Le diagnostic repose sur le couplage de l'endoscopie et l'écho-endoscopie.	
QCM 3	**Concernant les manifestations dans le cadre d'un adénocarcinome gastrique, (Jusqu'à 5 réponses)**
A - L'acanthosis nigricans est un syndrome paranéoplasique. B - Un syndrome dyspeptique est spécifique du cancer gastrique. C - Le syndrome de Krükenberg correspond aux métastases hépatiques d'un adénocarcinome gastrique. D - Un syndrome occlusif haut avec nausées et vomissements est lié à une obstruction du cardia. E - Les saignements liés à la tumeur se manifestent par des méléna s, hématémèse ou une anémie par carence martiale.	
QCM 4	**A propos de la surveillance au long cours d'un cancer gastrique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Un examen clinique est prévu tous les 6 mois. B - Une NFS tous les ans recherche une anémie. C - Le TEP scan est réalisé tous les ans. D - Un TDM TAP recherche des signes de récidive. E - Il faut faire une FOGD de contrôle tous les 2 ans.	
QCM 5	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des adénocarcinomes gastriques ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Tumeur épithéliale maligne de type intestinal glandulaire. B - Tumeur épithéliale maligne diffuse à cellules indépendantes muco-sécrétantes. C - Tumeur stromale. D - Linite gastrique. E - Tumeur endocrine.	
QCM 6	**A propos des tumeurs endocrines : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - La maladie de Biermer est un terrain propice à la survenue d'une tumeur endocrine. B - Le pronostic est effroyable avec des métastases précoces et diffuses. C - La gastrite fundique atrophique auto-immune est un terrain propice à la survenue d'une tumeur endocrine. D - Les tumeurs endocrines sporadiques peu différenciées sont de mauvais pronostic. E - Les GIST sont les plus fréquentes des tumeurs endocrines.	
QCM 7	**A propos du diagnostic de l'adénocarcinome gastrique : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Il repose sur la FOGD avec des biopsies. B - Une écho-endoscopie est systématique pour évaluer l'extension de la tumeur en profondeur. C - En cas d'ulcère duodénal, il faut biopsier les berges à la recherche d'un cancer. D - Le bilan d''extension repose sur le PET-scan. E - Le bilan d'extension repose sur le TDM TAP.	

QCM 8	A propos de la prise en charge à long terme après le traitement curatif d'un adénocarcinome gastrique : (Jusqu'à 5réponses)

A - Une supplémentation en vitamine B9 est nécessaire en cas de gastrectomie totale.
B - Une anémie mégaloblastique par déficit en vitamine B12 est fréquente en cas de gastrectomie totale.
C - En cas de gastrectomie partielle, une FOGD de contrôle est nécessaire tous les ans à la recherche d'une récidive cancéreuse.
D - Une récidive duodénale est possible en cas de gastrectomie totale.
E - Une anémie par carence martiale est fréquente après la gastrectomie totale.

QCM 9	Lesquelles de ces propositions sont des facteurs de risque de développer un adénocarcinome gastrique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Infection chronique par H. pylori.
B - Consommation importante de sel.
C - Tabagisme.
D - Ethylisme chronique.
E - Bas niveau socio-économique.

QCM 10	A propos du traitement curatif chirurgical d'un adénocarcinome gastrique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il repose sur la gastrectomie totale en cas de linite.
B - Le curage ganglionnaire est systématique.
C - Une exérèse simple de la tumeur est possible en cas de stade I.
D - La mucosectomie est une alternative à la chirurgie pour les cancers de grade < T3N1M0.
E - Une gastrectomie totale est indiquée en cas de tumeur antrale.

QCM 11	Quelles propositions sont vraies à propos de la linite gastrique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est un adénocarcinome gastrique.
B - Une tumeur bourgeonnante est visible à l'endoscopie.
C - Ce cancer atteint le plus souvent les hommes d'âge mûr.
D - La tumeur est constituée de cellules en bague à chaton.
E - A l'écho-endoscopie, il y a un important épaississement muqueux.

QCM 12	A propos des facteurs génétiques impliqués dans le cancer gastrique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut rechercher une infection par H. pylori chez les sujets ayant un apparenté au 1er degré touché par un cancer gastrique.
B - La mutation BRCA est associée à plus de cas d'adénocarcinomes gastriques.
C - Deux cas d'adénocarcinome gastrique, touchant deux générations dans une famille doit faire rechercher une mutation génétique dans le cadre d'adénocarcinomes gastriques diffus héréditaires.
D - La polypose adénomateuse familiale peut-entraîner un adénocarcinome gastrique.
E - Le syndrome de Lynch peut entrainer un adénocarcinome gastrique.

QCM 13	A propos du traitement des adénocarcinomes gastriques : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une prothèse métallique expansible est une solution pour lever l'obstacle tumoral en cas de cancer gastrique sous traitement curatif.
B - L'exérèse tumorale fait partie du traitement curatif.
C - Une radio-chimiothérapie adjuvante est indiquée en cas de curage ganglionnaire incomplet, dans le cadre de la prise en charge curative d'un cancer gastrique.
D - Le traitement curatif repose sur une combinaison de chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie.
E - La radiothérapie peut être indiquée à visée hémostatique en cas de tumeur hémorragique.

QCM 14	Concernant les lymphomes gastriques : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'infection chronique à H. pylori entraîne des lymphomes diffus à grandes cellules.
B - Le traitement des lymphomes du MALT repose sur la chirurgie.
C - L'infection chronique à H. pylori entraîne des lymphomes du MALT.
D - Les lymphomes liés à H. pylori régressent sous traitement d'éradication de la bactérie dans la plupart des cas.
E - Les lymphomes diffus à grandes cellules nécessitent un traitement chirurgical.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles correspondent à des lésions pré-cancéreuses gastriques ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Gastrite chronique atrophique liée à H. pylori.
B - Maladie de Ménétrier.
C - Maladie de Biermer.
D - Ulcère duodénal.
E - Polype adénomateux gastrique.

QROC 1	Citez trois types de tumeurs malignes pouvant siéger au sein de l'estomac. (3 mots).
QROC 2	Quel est le principal facteur pronostic dans l'adénocarcinome gastrique résécable? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quelle maladie peut entrainer une gastrique atrophique fundique auto-immune et évoluer vers une tumeur endocrine ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quels sont les éléments du suivi après le traitement d'un adénocarcinome gastrique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quel examen réaliser en cas de suspicion de linite gastrique à la FOGD avec des biopsies normales ? (1 mot).
QROC 6	Quels sont les deux types histologiques d'adénocarcinome ? (2 mots).
QROC 7	Quelles sont les modalités de la surveillance du risque de dégénérescence du moignon d'une gastrectomie partielle pour affection bénigne ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quels signes cliniques entraîne un cancer gastrique obstructif ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quel type de cancer épithélial gastrique atteint préférentiellement les femmes jeunes, donne un aspect figé et rétréci de l'estomac en TDM et un épaississement prédominant de la sous-muqueuse en écho-endoscopie ? (1 mot).
QROC 10	Quel est le traitement curatif chirurgical d'un cancer du cardia ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quel germe est un facteur de risque de cancer de l'estomac ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quels types de cancers gastriques sont favorisés par H. pylori ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel est l'examen morphologique de référence pour faire le diagnostic de cancer gastrique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quel traitement réalisable par voie endoscopique est une alternative au traitement chirurgical dans les adénocarcinomes superficiels T1N0M0 ? (1 mot).
QROC 15	Quel traitement adjuvant curatif d'un adénocarcinome gastrique est recommandé en cas d'envahissement ganglionnaire pN2 ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quel(s) facteur(s) de prédisposition faut-il rechercher chez un homme de 45 ans avec un cancer de l'estomac, dont le père a eu un cancer de l'estomac à l'âge de 67 ans ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelle supplémentation prescrivez-vous systématiquement aux patients avec une gastrectomie totale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quel examen est recommandé pour faire le bilan d'extension d'un cancer gastrique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quel traitement chirurgical à visée palliative proposeriez-vous chez un patient avec un cancer gastrique stade IV et occlusion digestive haute ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Dans quelles situations à haut risque de cancer gastrique faut-il rechercher systématiquement Helicobacter pylori ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	5	**Réponse : A** • La tumeur épithéliale maligne correspond à l'adénocarcinome, en cause dans 90% des cancers gastriques.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : CE** • Dans la plupart des cas, elles sont développées au dépens de la musculeuse. • Le plus souvent, ces tumeurs sont asymptomatiques, de découverte fortuite ou lors d'une complication.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : AE** • Le syndrome de Krükenberg correspond aux métastases ovariennes. • L'obstruction du cardia entraînera une dysphagie. C'est l'obstruction du pylore qui entraîne un syndrome occlusif haut.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABD** • L'anémie est liée à une carence martiale ou en vitamine B12, après la gastrectomie.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Les tumeurs épithéliales malignes correspondent aux ADK. • La linite est un adénocarcinome diffus à cellules en bague à chaton.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Les tumeurs endocrines faisant suite à une maladie de Biermer sont multiples, évoluent lentement et métastasent peu. • Les GIST sont des tumeurs stromales.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AE** • Il n'est pas utile de biopsier les berges d'un ulcère duodénal. • Le TDM TAP permet d'évaluer l'extension loco-régionale et à distance. • L'écho-endoscopie est utile en cas de - linite : épaississement sous-muqueux. - tumeur superficielle : indication à la mucosectomie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BE** • Il faut supplémenter systématiquement en vitamine B12 en cas de gastrectomie totale, car il n'y a plus de facteur intrinsèque. • Le TDM TAP recherche une récidive cancéreuse. • Une FOGD de contrôle est nécessaire 10 à 15 ans après une gastrectomie partielle.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • H. pylori entraîne une dégénérescence en ADK par le biais d'une gastrique chronique atrophique, métaplasie, dysplasie et cancer.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : AB** • En cas de stade I, le traitement repose sur la gastrectomie. • La mucosectomie est à discuter dans l'adénocarcinome gastrique < T1N0M0. • En cas de tumeur antrale, la chirurgie repose sur la gastrectomie des 4/5èmes.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : AD** • C'est un adénocarcinome indifférencié, touchant préférentiellement les femmes jeunes. • A l'endoscopie, il y a de gros plis rigides sans tumeur visible.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• Pour rechercher cette mutation, il faut dans une même famille : - 3 cas touchant 2 générations quel que soit l'âge de survenue. - 2 cas touchant 2 générations dont un cas < 50 ans.
	C -	F	1	
	D-	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : CDE**
	B -	F	1	• La prothèse métallique fait partie du traitement palliatif.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	F	1	**Réponse : CD**
	B -	F	1	• Les lymphomes du MALT sont dus à l'infection chronique par H. pylori. Ils régressent après traitement d'éradication dans 70% des cas. • Les lymphomes diffus à grande cellules sont traités par chimiothérapie.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ABCE**
	B -	V	1	• La maladie de Biermer est associée à des tumeurs endocrines et adénocarcinomes gastriques. • L'H. pylori est associé à des lymphomes du MALT et des adénocarcinomes gastriques. • L'ulcère duodénal ne dégénère jamais.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/75	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	3 parmi : • Adénocarcinome. • Lymphome (non Hodgkinien). • Tumeur stromale / GIST. • Tumeur endocrine.	1+1 +1	• Les plus fréquents sont les adénocarcinomes. • Les tumeurs épithéliales bénignes sont : - les adénomes. - tumeurs hyperplasiques. - polype glandulo-kystique.
QROC 2	• Envahissement ganglionnaire.	2	• En cas d'envahissement ganglionnaire, une chimiothérapie adjuvante est recommandée.
QROC 3	• Maladie de Biermer.	2	• Il y a aussi une anémie par déficit en vitB12, liée à un défaut de sécrétion du facteur intrinsèque nécessaire à son absorption.
QROC 4	• Examen clinique. • NFS. • TDM TAP.	1 1 1	• L'examen clinique et le TDM sont effectués tous les 6 mois. • La NFP tous les ans.
QROC 5	• Echo-endoscopie.	2	• Il y aura un épaississement gastrique prédominant au niveau de la sous-muqueuse.
QROC 6	• Intestinal glandulaire. • Diffus à prédominance de cellules indépendantes mucosécrétantes /En bague à chaton.	1 1	• La linite appartient au groupe des adénocarcinomes à cellules en bague à chaton.
QROC 7	• FOGD. • Après 10-15 ans.	1 2	• Il n'y a pas lieu de surveiller les patients avant ce délai. • Le mécanisme d'action serait la souffrance gastrique liée au reflux biliaire.
QROC 8	• Dysphagie. • Nausées/vomissements.	2 1	• Les nausées et vomissements sont liés au syndrome occlusif haut par obstruction du pylore. • La dysphagie est liée à l'obstruction du cardia.
QROC 9	• La linite gastrique.	2	• Ce cancer est peu chimiosensible et souvent difficile d'accès à la chirurgie curative. • Le pronostic est mauvais avec une extension ganglionnaire et péritonéale rapide.
QROC 10	• Gastrectomie totale. • Curage ganglionnaire. • Montage : anse en Y.	1 2	• Le curage doit enlever au minimum 15 ganglions. • En cas de cancer de l'antre, le traitement repose sur une gastrectomie des 4/5 avec anastomose gastro-jéjunale.
QROC 11	• Helicobacter pylori.	2	• C'est un facteur de risque d'adénocarcinome et de lymphome. • Le mécanisme est une évolution vers une gastrite chronique atrophique, métaplasie, dysplasie puis cancer. • Elle induit un adénocarcinome distal de type intestinal.

QROC 12	• Lymphome (MALT). • Adénocarcinome (intestinal).	2 2	• Le lymphome du MALT est de bas grade, contrairement au lymphome gastrique diffus à grandes cellules, non induit par H. pylori. • L'ADK lié à H. pylori est de type intestinal et distal.
QROC 13	• FOGD • Biopsies	2	• Il précise : - le siège et l'étendue de la lésion. - distance par rapport au cardia et pylore. - l'aspect macroscopique. - les biopsies.
QROC 14	• Mucosectomie.	2	• Elle impose d'avoir vérifié l'absence d'extension à l'aide de l'écho-endoscopie au préalable.
QROC 15	• Radio-chimiothérapie adjuvante.	2	L'autre indication majeure est : • Curage ganglionnaire insuffisant chez un patient de stade > I. Les patients ayant un adénocarcinome gastrique avec un stade > I doivent recevoir une chimiothérapie péri-opératoire : néo-adjuvante et adjuvante.
QROC 16	• Mutation gène CDH1 /Adénocarcinome gastrique diffus héréditaire.	1	Affection autosomique dominante à rechercher devant : • 2 cas de cancer gastrique dans 2 générations dont un < 50 ans. • 3 cas de cancer gastrique quel que soit l'âge.
QROC 17	• Vitamine B12. • Intramusculaire.	1 2	• Elle ne peut plus être absorbée, car il n'y a pas de facteur intrinsèque. • Il est donc inutile de la prescrire per os.
QROC 18	• Scanner. • Thoraco-abdo-pelvien. • Injecté.	1 1 2	• Il permet d'évaluer l'extension locale, ganglionnaire et à distance.
QROC 19	• Pose de prothèse métallique expansive.	1	• Elle est posée par voie endoscopique et permet de lever l'obstacle.
QROC 20	• Apparentés au 1er degré de cancers gastriques. • Syndrome de Lynch. • Polypose adénomateuse familiale.	2 1 1	• En cas de présence d'H. pylori, il faut la traiter.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
Types de tumeurs	• Types histologiques - Adénocarcinome : intestinal glandulaire ou diffus à prédominance de cellules indépendantes mucosécrétantes (linite). - Tumeur bénigne : hyperplasique, adénome, polype glandulo-kystique. - Tumeurs endocrines. - Lymphomes non hodgkiniens. - Tumeurs sous muqueuses : stromales, GIST. • Localisations : - Cardia, antre ou du corps de l'estomac.
Facteurs de risque	• Helicobacter pylori. • Héréditaire : ADK diffus héréditaire, syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale. • Environnement : tabagisme, grosse consommation de sel, consommation pauvre en fruits et légumes, bas niveau socio-économique. • Lésions pré-cancéreuses : antécédent de gastrectomie partielle, d'ulcère gastrique, maladie de Biermer, de Ménétrier, adénomes.
Clinique	• Asymptomatique ++ • Syndrome ulcéreux. • Altération de l'état général. • Complication : hémorragie digestive, perforation, phlébite. • Acanthosis nigricans. • Métastase : hépatique, ganglion de Troisier, tumeur de Krükenberg, carcinose péritonéale.
Examens complémentaires	• FOGD + biopsies : berges d'un ulcère gastrique ++. • Histologie. • Bilan d'extension: TDM TAP: extension loco-régionale et à distance. Echo-endoscopie si tumeur superficielle ou linite. • Bilan d'opérabilité : Nutrition : albuminémie, RBP. Cardio (ECG, ETT), pulmonaire (EFR)
Traitement	• Traitement curatif: - Chimiothérapie néo-adjuvante si stade > I. - Chirurgie : Gastrectomie des 4/5 et anastomose gastro-jéjunale si antre + curage ganglionnaire. Gastrectomie totale + anse en Y sinon + curage ganglionnaire. - Traitement adjuvant : Chimiothérapie adjuvante. Radio-chimiothérapie adjuvante si envahissement ganglionnaire. • Traitement palliatif: Chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie. Prothèse métallique gastrique. • Traitement préventif : Eradication d'H. pylori chez les apparentés au premier degré d'un cas d'ADK gastrique.

Surveillance	Pendant 5 ans: • Tous les 6 mois: Examen clinique, échographie abdominale et RP. • Tous les ans: NFS
Pronostic	• Mauvais: 15% de survie à 5 ans. • Facteur pronostic principal : envahissement ganglionnaire.

UE questions isolées Item 301

1 Enoncé

QCM 1	Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risque de développer un carcinome hépato-cellulaire (CHC) ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - Cirrhose alcoolique. B - Syndrome de Budd-Chiari. C - Hépatite C. D - NASH. E - Hépatopathie chronique.
QCM 2	**Quelles propositions sont vraies concernant le CHC? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Cette tumeur n'est pas vascularisée par le système porte. B - L'IRM hépatique permet de faire le diagnostic de certitude d'un CHC de plus de 2 cm d'aspect typique. C - L'échographie permet le dépistage du CHC chez les patients cirrhotiques. D - L'échographie –doppler hépatique permet de faire le diagnostic de certitude d'un CHC de plus de 2 cm d'aspect typique. E - La confirmation histologique est obligatoire pour porter le diagnostic de CHC.
QCM 3	**A propos du kyste biliaire simple : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - L'aspect en échographie est un nodule hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur. B - La présence de cloisons doit faire évoquer un autre diagnostic. C - Il y a une paroi épaisse bien visible en imagerie. D - En cas de kystes nombreux, il faut penser à une polykystose hépato-rénale. E - L'aspect en IRM est une lésion hypo-intense en pondération T2.
QCM 4	**Quelles propositions sont vraies concernant la démarche diagnostique d'une tumeur hépatique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - En cas de kyste biliaire simple typique à l'échographie, les examens avec injection de produit de contraste ne sont pas obligatoires. B - La ponction-biopsie hépatique est le plus souvent nécessaire pour le diagnostic étiologique. C - Les tests sérologiques d'échinococcose sont effectués même devant un aspect de kyste biliaire simple typique. D - En cas de tumeur de taille 1-2cm, il faut 2 examens injectés typiques pour confirmer le diagnostic de CHC. E - Il faut redouter une métastase hépatique en cas de lésions multiples d'aspect atypique.
QCM 5	**Concernant l'abcès hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - L'embole septique est d'origine artérielle en cas d'abcès amibien B - Le tableau est celui d'une hépatomégalie douloureuse et fébrile. C - Les abcès sont hyperéchogènes. D - La cholécystite aigue peut se compliquer d'un abcès à pyogènes. E - Le rèhaussement après injection de produit de contraste est homogène.
QCM 6	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risque de développer un cholangiocarcinome ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Cholangite sclérosante. B - Cancer du côlon. C - Lithiase intra-hépatique. D - Cirrhose hépatique. E - Kyste de la voie biliaire principale.

QCM 7	Parmi ces propositions, lesquelles sont un traitement curatif du CHC ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Ablation par radiofréquence.
B - Thérapies ciblées.
C - Exérèse chirurgicale.
D - Transplantation hépatique.
E - Chimio-embolisation.

QCM 8	A propos de l'hémangiome bénin. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il apparait en hypersignal T2 à l'IRM.
B - Il se réhausse en motte du centre vers la périphérie après l'injection de produit de contraste.
C - Il est hypodense au scanner hépatique non injecté.
D - Une surveillance échographique tous les ans est recommandée.
E - Le risque d'évolution vers une tumeur maligne est important pour les hémangiomes > 5cm, il faut alors les retirer.

QCM 9	A propos de la ponction-biopsie hépatique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a un risque d'hématome sous-capsulaire.
B - Il y a un risque d'ensemencement du trajet de biopsie en cas de tumeur maligne.
C - Elle est contre-indiquée en cas d'ascite volumineuse.
D - C'est un examen non invasif.
E - Elle est nécessaire au diagnostic du CHC.

QCM 10	Lesquelles de ces propositions sont vraies concernant le kyste hydatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est dû à un parasite : Echinococcus granulosus.
B - Lorsque la paroi est calcifiée, le parasite est mort.
C - En échographie, la tumeur est hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur.
D - Les tests sérologiques sont un argument pour le diagnostic.
E - Il peut être confondu avec un kyste biliaire simple.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles sont un facteur de risque de présenter un abcès hépatique à pyogène ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Poussée de MICI.
B - Cirrhose hépatique.
C - Foyer infectieux extra-abdominal.
D - Diabète.
E - Ponction biopsie hépatique.

QCM 12	Concernant le cholangiocarcinome: (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une tumeur bénigne.
B - C'est une cause d'ictère cholestatique.
C - En cas de développement dans les voies biliaires intra-hépatiques, le diagnostic différentiel d'un cancer hépatique est difficile.
D - La chimiothérapie constitue le traitement curatif de référence.
E - La cirrhose biliaire primitive en est le principal facteur de risqué.

QCM 13	A propos de l'hyperplasie nodulaire et focale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Cette tumeur est plus fréquente chez les femmes non ménopausées.
B - Le diagnostic est histologique car le diagnostic différentiel avec un adénome est difficile.
C - Elle se réhausse au temps artériel et se lave au temps portal.
D - Une cicatrice centrale est caractéristique.
E - Il existe un risque de transformation maligne à long terme.

QCM 14	Parmi ces propositions, laquelle est le diagnostic le plus probable d'une tumeur hépatique réhaussée en motte de la périphérie vers le centre ? (Jusqu'à 1 réponse)

A - Adénome hépatique.
B - Carcinome hépato-cellulaire.
C - Kyste hydatique.
D - Hémangiome bénin.
E - Cholangiocarcinome des voies biliaires intra-hépatiques.

QCM 15	A propos de l'échinococcose alvéolaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une infection par le parasite Echinococcus granulosus.
B - Cette affection est répandue chez les éleveurs de mouton originaires d'Afrique du Nord.
C - Il y a de nombreuses vésicules de petite taille.
D - Il n'y a pas de test sérologique pour cette parasitose.
E - La tumeur envahit les vaisseaux et les voies biliaires et a un aspect pseudo-cancéreux à l'imagerie.

QCM 16	Quelle pathologie faut-il évoquer devant une tumeur hépatique chez un patient de 60 ans d'origine algérienne, ancien éleveur de mouton ? (Jusqu'à 1 réponse)

A - Kyste hydatique.
B - Abcès à pyogènes.
C - Echinococcose alvéolaire.
D - Carcinome hépato-cellulaire.
E - Abcès amibien.

QCM 17	Parmi ces propositions, lesquelles sont compatibles avec une tumeur réhaussée au temps artériel avec lavage au temps portal ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Kyste biliaire simple.
B - Carcinome hépato-cellulaire.
C - Adénome hépatique.
D - Hyperplasie nodulaire et focale.
E - Hémangiome hépatique bénin.

QCM 18	A propos de l'adénome hépato-cellulaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est favorisé par la prise chronique de contraceptifs oraux.
B - Il n'y a pas de risque de dégénérescence.
C - En imagerie, c'est une tumeur hypervasculaire.
D - Une biopsie est souvent nécessaire.
E - Les tumeurs > 5 cm doivent-être enlevées.

QCM 19	Concernant les métastases hépatiques : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Des nodules hypoéchogènes sont compatibles avec un adénocarcinome digestif.
B - Elles sont parfois accessibles à un traitement chirurgical curatif.
C - Les métastases prennent classiquement le contraste.
D - La biopsie est nécessaire pour avoir le diagnostic de certitude.
E - Un aspect de kyste biliaire simple avec une paroi doit faire redouter le diagnostic.

QCM 20	Parmi ces propositions, lesquelles sont des cancers primitifs donnant souvent des métastases hépatiques ? (Jusqu'à 7 réponses)

A - Adénocarcinome colique.
B - Tumeurs cérébrales.
C - Cancer du sein.
D - Cancer médullaire de la thyroïde.
E - Mélanome.
F - Cancer du rein.
G - Tumeurs endocrines.

QROC 1	Quelle parasitose à l'origine d'une tumeur hépatique est contractée par le contact avec des chiens dans les pays d'Afrique du Nord ? (1 mot).
QROC 2	Quels sont les examens recommandés pour dépister un carcinome hépato-cellulaire dans le cadre d'une cirrhose ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quelles sont les 3 tumeurs hépatiques pouvant avoir un tel aspect à l'échographie : tumeur anéchogène homogène avec renforcement postérieur, sans paroi ni cloison. (3 mots).
QROC 4	Quelle affection des voies biliaires, souvent associée à la recto-colite hémorragique, est un facteur de risque de développer un cholangiocarcinome ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quel geste est formellement contre-indiqué en cas de suspicion de kyste hydatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quels sont les 2 facteurs de risque de développer un adénome hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 7	Quelles sont les caractéristiques typiques du CHC au scanner hépatique sans puis avec injection au temps artériel, portal et tardif ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Comment qualifiez-vous les données d'un hémangiome hépatique en échographie, TDM et IRM sans injection ? (3 mots).
QROC 9	Quels sont les trois examens avec injection triphasique, pouvant faire le diagnostic d'un CHC de plus de 2 cm ? (3 mots).
QROC 10	Quelle infection parasitaire à l'origine d'une tumeur hépatique peut mimer le tableau d'une tumeur maligne ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quel diagnostic faut-il redouter devant une tumeur hépatique apparue chez un patient suivie pour une cirrhose compliquant une hépatite C ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quelles sont les 3 tumeurs hépatiques hypervasculaires au temps artériel avec lavage au temps portal ? (3 mots).
QROC 13	Quelle est la sémiologie radiologique d'une hyperplasie nodulaire et focale en TDM injecté triphasique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quel est le diagnostic à redouter devant la mise en évidence de plusieurs tumeurs hépatiques hypodenses sans prise de contraste au scanner injecté ? (1 mot).
QROC 15	Quelles sont les 3 principaux types de tumeurs malignes retrouvées dans le foie ? (3 mots).
QROC 16	Quelles sont les 2 principales étiologies devant un abcès hépatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quels sont les trois traitements à visée curative pour le CHC ? (3 mots).
QROC 18	Quelle est la sémiologie scannographique de l'abcès hépatique au scanner sans puis avec injection de produit de contraste ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelle est la sémiologie radiologique d'une métastase hépatique typique d'un adénocarcinome du colon au scanner avant et après injection de produit de contraste? (3 mots).
QROC 20	Quelles sont les 3 complications aigues d'un adénome hépatique de plus de 5 cm ? (3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Toutes les causes d'hépatopathie chronique et de cirrhose peuvent-évoluer vers un CHC.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Elle n'est vascularisée que par l'artère hépatique, c'est pour cela qu'il y a un wash out au temps portal ou tardif. • Les examens pour faire le diagnostic de CHC sont : l'IRM et TDM injectés (non injecté, artériel, portal, tardif) et l'échographie de contraste.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BD** • L'aspect est un nodule kystique hypoéchogène avec renforcement postérieur, homogène, sans paroi ni cloison. • En pondération T2 à l'IRM, le liquide parait en hypersignal.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Les critères des différentes tumeurs à l'imagerie permettent de se passer de la PBH qui est à risque de complications.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	F	1	**Réponse : BD** • En cas d'abcès amibien, l'origine est portale. • Les abcès sont hypoéchogènes, hypodenses avec réhaussement périphérique en coque après injection.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Sa fréquence est accrue en cas d'hépatopathie chronique ou maladie des voies biliaires.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Les thérapies ciblées et la chimio-embolisation sont des traitements palliatifs.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : AC** • Il se réhausse en motte de la périphérie vers le centre. • Il ne nécessite ni suivi, ni traitement.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Compte tenu de la bonne sensibilité et spécificité des signes radiologiques, et du risque de complications et du caractère invasif de la PBH, celle-ci est non obligatoire pour poser le diagnostic de certitude de CHC en cas d'image typique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • A ne pas confondre avec E. multilocularis entraînant l'échinococcose alvéolaire. L'aspect échographique est hypoéchogène avec renforcement postérieur.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Les foyers infectieux intra-abdominaux peuvent se compliquer d'un abcès hépatique : MICI, pancréatite aigüe, appendicite, sigmoïdite, cholécystite.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 12	A -	F	1	**Réponse : BC** • La pathologie la plus souvent associée au cholangiocarcinome est la cholangite sclérosante. • Le seul traitement curatif est la chirurgie. La chimiothérapie est un des traitements palliatifs.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La biopsie peut être proposée en cas d'image atypique. • Cette tumeur ne nécessite pas de suivi, ni de prise en charge thérapeutique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	F	0	**Réponse : D** • Cette description est spécifique de l'hémangiome et ne doit pas faire réaliser d'autres investigations.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	5	
	E -	F	0	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : CE** • C'est une infection par E. multilocularis. • Le terrain évocateur est celui d'un habitant de zone rurale montagneuse, au contact de renard et de chiens. • Le test sérologique existe, mais il fait mal la différence entre Echinococcus granulosus et multilocularis.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	5	**Réponse : A** • Le kyste a un aspect typique si une membrane est flottante à l'échographie. Il peut aussi prendre l'aspect d'un kyste biliaire simple. • Il faut évoquer le diagnostic sur les antécédents et réaliser un test sérologique. • Ponction contre-indiquée++
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 17	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Le kyste biliaire simple ne se réhausse pas. • L'hémangiome se réhausse en mottes de la périphérie vers le centre.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • Les tumeurs de plus de 5 cm sont à risque de complications : - nécrose. - hémorragie. -rupture. -transformation en tumeur maligne.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Le plus souvent, les métastases ne prennent pas le contraste. • Dans certaines conditions, la biopsie n'est pas nécessaire : primitif connu et récent, apparition après le primitif et aspect compatible avec les métastases du primitif.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	V	0.5	**Réponse : ACEG** • Il y a aussi les cancers anaplasiques (bronchiques++).
	B -	F	0.5	
	C -	V	0.5	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
	G -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Le kyste hydatique.	2	• La zone d'endémie concerne les pays d'Afrique du Nord et le sud de la France.
QROC 2	• Echographie hépatique. • Dosage de l'alpha-foeto-protéine • Tous les 6 mois.	1 1	• Pour faire le diagnostic, il faudra mettre en évidence une tumeur hypervasculaire au temps artériel avec wash out au temps portal ou tardif en IRM, TDM avec injection au temps artériel, portal et tardif.
QROC 3	• Kyste biliaire simple. • Kyste hydatique. • Métastase.	1 1 2	• Il faut pousser le diagnostic au-delà de l'échographie en cas de doute sur les images, de contexte clinique à risque.
QROC 4	• Cholangite sclérosante.	2	• En cas d'association à une MICI colique, elle est aussi un facteur de risque important de développer un cancer colo-rectal.
QROC 5	• Ponction du kyste.	2	• Il y a un risque de dissémination intra-péritonéale, de choc anaphylactique. • Y penser selon le contexte clinique ++.
QROC 6	• Sexe féminin. • Contraception orale.	1 1	• La prise chronique d'une contraception orale est un facteur de risque de développer un adénome hépatique.
QROC 7	• Hypodense. • Hypervasculaire au temps artériel. • Lavage temps portal/tardif.	1 1 1	• Ces caractéristiques s'expliquent par la vascularisation uniquement artérielle du CHC, contrairement au reste du parenchyme hépatique vascularisé aussi par le système porte.
QROC 8	• Hyperéchogène. • Hypointense. • Hypersignal T2/ Hyposignal T1.	1 1 1	• Après injection de produit de contraste, l'hémangiome se réhausse en mottes de la périphérie vers le centre.
QROC 9	• IRM hépatique. • TDM hépatique. • Echographie de contraste.	2 2 1	• La biopsie n'est pas nécessaire en cas d'image typique avec un de ces examens, si la tumeur fait plus de 2 cm. • Il faudra 2 examens concordants en cas de tumeur 1-2 cm.
QROC 10	• Echinococcose alvéolaire.	2	• Cette tumeur est constituée de nombreuses vésicules infiltrantes, donnant un aspect solide en imagerie. • Nécessité des tests sérologiques.
QROC 11	• Carcinome hépato-cellulaire.	2	• Le diagnostic sera possible avec les examens d'imagerie avec injection triphasique : IRM, TDM (échographie de contraste).

QROC 12	• CHC. • Adénome hépatique. • Hyperplasie nodulaire et focale.	1 2 2	• En cas de doute diagnostique entre ces trois tumeurs, une biopsie est utile.
QROC 13	• Hypervasculaire au temps artériel. • Lavage au temps portal. • Cicatrice centrale.	1 2 2	• Cette tumeur n'est vascularisée que par l'artère hépatique et non par le système porte, ce qui explique le lavage au temps portal. • En cas de doute diagnostic avec un CHC, la biopsie est utile.
QROC 14	• Métastases hépatiques.	2	• Il faudra rechercher particulièrement un cancer digestif ou cancer du sein.
QROC 15	• Métastases. • Carcinome hépato-cellulaire. • Cholangiocarcinome.	1 1 1	• Les primitifs donnant des métastases hépatiques sont : ADK digestifs et du pancréas, cancer du sein, mélanomes, tumeurs endocrines, carcinomes anaplasiques.
QROC 16	• Amoebose hépatique. • Abcès à pyogènes.	2 1	• Il faut toujours rechercher par l'interrogatoire et selon le contexte la sérologie, des arguments pour une amoebose hépatique.
QROC 17	• Transplantation hépatique. • Résection chirurgicale. • Ablation par radio-fréquence.	2 1 2	• Le choix du traitement est fonction de l'état général, de la sévérité de la cirrhose (score de Child-Pugh), de la taille et localisation de la tumeur.
QROC 18	• Hypodense. • Réhaussement périphérique.	1 2	• Le réhaussement est périphérique car le parenchyme à côté de l'abcès est inflammatoire.
QROC 19	• Hypodense. • Absence de réhaussement.	1 1	• Les biopsies pour confirmer le diagnostic de métastase ne sont pas obligatoires si les conditions suivantes sont réunies : - Primitif connu et récent. - Images compatibles avec l'aspect typique. - Survenue de la métastase après le primitif.
QROC 20	• Hémorragie. • Nécrose. • Rupture.	1 1 1	• Le risque de transformation en tumeur maligne est une complication à long terme, non aigüe.
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Contre-indication de ponctionner un kyste hydatique. • Pas de ponction systématique pour le diagnostic de CHC !
Facteurs de risque	• Métastases : cancer extra-hépatique. • Carcinome hépato-cellulaire (CHC) : cirrhose ou hépatopathie chronique. • Cholangiocarcinome : cholangite sclérosante, hépatopathies chroniques. • Kyste hydatique : contact avec des chiens en zone d'endémie. • Echinococcose alvéolaire : habitant des zones rurales en zone d'endémie. • Abcès à pyogènes : foyer infectieux intra- ou extra-digestif, diabète. • Abcès amibien : antécédent d'amoebose. • Adénome hépatique : Femme jeune sous contraceptif oral.
Clinique	• Hépatomégalie, parfois douloureuse. • Signes en rapport avec le diagnostic étiologique.
Démarche diagnostique :	• Echographie hépatique en l'absence d'hépatopathie : - Kyste biliaire simple typique. - Atypique : TDM ou IRM hépatique Si hépatopathie, d'emblée : • TDM hépatique : sans injection et injecté au temps artériel, portal, tardif. • IRM hépatique : sans injection et injecté au temps artériel, portal, tardif. • (Echographie de contraste).
Tumeurs bénignes	• Kyste biliaire simple : - Anéchogène homogène, sans cloison et renforcement postérieur, paroi non visible en imagerie. Absence de prise de contraste, hypodense (TDM), hypersignal T2 (IRM). - Polykystose hépatorénale ou hépatique si nombreux kystes. - Abstention thérapeutique. • Hémangiome bénin : - Homogène, hyperéchogène, hypodense, hypersignal T2. Réhaussement en motte de la périphérie vers le centre. - Abstention thérapeutique. • Hyperplasie nodulaire et focale : - Femme en période d'activité génitale. - Réhaussement au temps artériel, lavage au temps portal, cicatrice centrale. - Abstention thérapeutique. • Adénome hépato-cellulaire : - Prise prolongée de contraceptifs oraux. - Tumeurs hypervasculaires, diagnostic histologique. - Surveillance si < 5cm, chirurgie si > 5 cm. - Complications : hémorragie, nécrose, transformation (>5 cm++). • Abcès : - Amibien ou à pyogènes. - Recherche d'un foyer infectieux, - Images hypoéchogènes, hypodenses et réhaussement périphérique (coque). Ponction, sérologie amibienne.

	• Kyste hydatique : Formation liquidienne avec membrane parasitaire et coque. - Anéchogène, cloisons, coque calcifiée. - Sérologie E. granulosus. • Echinococcose alvéolaire : E. multilocularis - Imagerie : vésicules infiltrantes, aspect de tumeur maligne. - Tests sérologiques.
Tumeurs malignes	• Métastases : - Primitifs : ADK du tube digestif et pancréas, cancer du sein, carcinome anaplasique, mélanomes, tumeurs endocrines. - Tous les aspects d'imagerie sont possibles, présence d'une paroi ++. - Pas de biopsie nécessaire si primitif connu, récent, aspect compatible à l'imagerie et métastases apparues après la tumeur primitive. • CHC : - Diagnostic : 1 image typique > 2 cm ou 2 examens typiques entre 1 et 2 cm/ alphaFP> 250. Refaire l'image à 3 mois si < 1 cm. Ponction hépatique si atypique. - Nodule hypervasculaire au temps artériel et wash out au temps portal ou veineux. - Traitement curatif : transplantation hépatique, chirurgie ou radiofréquence. Traitement palliatif : chimio-embolisation, thérapies ciblées. • Cholangiocarcinome : Tumeur des voies biliaires extra-hépatiques. Bilan d'extension : TDM et IRM biliaire et hépatique. Traitement curatif : chirurgie / palliatif : drainage, chimiothérapie.
Complications	• Nécrose tumorale : simule un abcès hépatique. • Hémorragie : intra-hépatique, sous-capsulaire, intra-péritonéale.

UE questions isolées — Item 302

1 Enoncé

QCM 1	A propos des tumeurs de l'œsophage. (Jusqu'à 5 réponses)
A - Les tumeurs bénignes sont fréquentes et la biopsie permet de faire la différence avec une tumeur maligne. B - Le cancer de l'oesophage atteint le plus souvent les hommes. C - Les patients avec un cancer de l'œsophage ont souvent des comorbidités. D - Chez les hommes, le cancer de l'œsophage représente la 4ème cause de mortalité par cancer. E - Dans l'ensemble, c'est un cancer de bon pronostic.	
QCM 2	**Concernant la prise en charge curative : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le traitement curatif est le plus souvent réalisable. B - Le support nutritionnel est indispensable. C - Les traitements endoscopiques sont privilégiés en cas de stade I et II. D - La chimio-radiothérapie est indiquée dans les stades avancés. E - La pose d'une endoprothèse œsophagienne est utile en cas de dysphagie.	
QCM 3	**A propos de l'adénocarcinome œsophagien : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le RGO peut entraîner une métaplasie gastrique. B - Le RGO peut entraîner une métaplasie intestinale. C - La métaplasie gastrique est à risque de dégénérescence cancéreuse. D - La métaplasie intestinale est à risque de dégénérescence cancéreuse. E - L'adénocarcinome est situé au 1/3 supérieur de l'œsophage.	
QCM 4	**Parmi ces examens, lequel n'est pas indispensable pour le bilan d'un carcinome épidermoïde de l'œsophage ? (Jusqu'à 1 réponses)**
A - Fibroscopie oeso-gastro-duodénale + biopsies. B - Fibroscopie bronchique. C - Explorations fonctionnelles respiratoires. D - Echo-endoscopie. E - TDM TAP.	
QCM 5	**A propos du diagnostic du cancer de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - La FOGD permet de faire des biopsies pour examen histologique. B - Un déplacement de la ligne Z vers le haut est en faveur d'un carcinome épidermoïde. C - La coloration par Lugol est systématique en cas d'adénocarcinome de l'œsophage. D - Une lésion du 1/3 inférieur de l'œsophage oriente vers un adénocarcinome. E - La FOGD est obligatoire pour toute dysphagie de l'adulte.	
QCM 6	**Parmi ces propositions, lesquelles sont reconnues comme facteur de risque du cancer épidermoïde de l'œsophage ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Tabac. B - Reflux gastro-œsophagien chronique. C - Alcool. D - Infection par HPV. E - Œsophagite caustique.	
QCM 7	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des soins de support? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Radiothérapie néo adjuvante. B - Alimentation mixée. C - Antalgiques adaptés à la douleur. D - Oesophagectomie subtotale. E - Prise en charge psychologique.	

QCM 8	A propos du carcinome épidermoïde de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'endobrachy-œsophage peut évoluer en dysplasie de bas grade puis dysplasie de haut grade (cancer in situ).
B - Il est situé au 1/3 supérieur de l'œsophage dans la plupart des cas.
C - La ligne Z est décalée vers le haut à la FOGD, correspondant à l'EBO.
D - Les patients ont souvent des comorbidités liées à l'intoxication chronique éthylo-tabagique.
E - Il atteint préférentiellement les hommes.

QCM 9	Concernant le suivi post-thérapeutique après traitement curatif d'un cancer de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il repose principalement sur la clinique en cas de traitement chirurgical.
B - Il repose principalement sur la clinique en cas de traitement par radio-chimiothérapie exclusive.
C - Une prise en charge addictologique est proposée.
D - Un programme de dépistage des cancers ORL et bronchique est obligatoires en cas de carcinome épidermoïde de l'œsophage.
E - Une FOGD est nécessaire tous les 1-2 ans.

QCM 10	A propos du bilan pré-opératoire du cancer de l'œsophage. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le TDM TAP est indispensable pour le bilan d'extension.
B - L'examen ORL à la recherche d'un cancer ORL n'est pas obligatoire en cas d'adénocarcinome.
C - L'écho-endoscopie fait partir du bilan systématique pour évaluer l'envahissement loco-régional.
D - Le TEP scan est systématique pour l'extension à distance.
E - La fibroscopie bronchique recherche une tumeur bronchique synchrone en cas de carcinome épidermoïde du 1/3 supérieur.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles sont reconnues comme facteur de risque de l'adénocarcinome de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Surpoids.
B - Tabagisme.
C - Alcool.
D - Reflux gastro-oesophagien chronique.
E - Boissons chaudes.

QCM 12	Concernant la prise en charge palliative du cancer de l'oesophage: (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une endoprothèse digestive est possible en cas de dysphagie.
B - La pose d'une endoprothèse permet le traitement symptomatique d'une fistule trachéo-bronchique.
C - Une chimiothérapie est possible en cas de bon état général.
D - La chirurgie d'oesophagectomie est possible en cas de bon état général.
E - La prise en charge sociale est un des piliers des soins de support.

QCM 13	A propos de la prévention du cancer de l'œsophage. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle repose sur le sevrage alcoolo-tabagique.
B - La découverte d'une dysplasie de bas grade sur un EBO nécessite une surveillance endoscopique régulière avec biopsies.
C - Un dépistage du cancer de l'œsophage est recommandé en cas d'intoxication tabagique > 50 PA.
D - Le traitement de première intention de la dysplasie de haut grade repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons.
E - Le traitement de la dysplasie de bas grade sur un EBO repose sur les inhibiteurs de la pompe à protons en première intention.

QCM 14	Parmi ces examens complémentaires, lequel n'est pas indispensable pour le bilan d'un adénocarcinome chez un fumeur? (Jusqu'à 5 réponses)

A - TEP scan au FDG.
B - TDM TAP.
C - Fibroscopie bronchique.
D - Dosage de l'albuminémie.
E - Bilan hépatique.

QCM 15	Concernant le bilan pré-thérapeutique de l'adénocarcinome de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La scintigraphie osseuse est recommandée en cas de douleurs osseuses.
B - Le TDM cérébral est systématique, à la recherche de lésions secondaires.
C - Une fibroscopie bronchique est recommandée chez les patients fumeurs.
D - Un examen ORL recherche un cancer ORL associé.
E - L'écho-endoscopie évalue l'extension à distance de la tumeur.

QCM 16	Parmi ces propositions, la ou lesquelles sont une lésion pré-cancéreuse de l'adénocarcinome de l'œsophage ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Œsophage de Barrett.
B - Œsophagite caustique.
C - Endobrachy-œsophage.
D - Achalasie.
E - Syndrome de Plummer-Vinson.

QCM 17	Que faut-il rechercher à l'examen Clinique dans le bilan d'un cancer de l'oesophage? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un ganglion de Troisier.
B - Une perte de poids > 10% en 6 mois définissant la dénutrition.
C - Des angiomes stellaires évocateurs d'une insuffisance hépato-cellulaire.
D - Une splénomégalie évocatrice d'une insuffisance hépato-cellulaire.
E - La laryngoscopie indirecte peut mettre en évidence une tumeur du haut oesophage.

QCM 18	A propos des manifestations cliniques du cancer de l'œsophage : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La dysphagie est d'apparition progressive et est paradoxale.
B - Une fistule trachéo-bronchique est possible et se manifeste le plus souvent par une dyspnée inspiratoire.
C - La dysphonie peut s'expliquer par la paralysie du nerf récurrent, par envahissement tumoral.
D - Les douleurs thoraciques sont d'apparition précoce dans l'histoire du cancer.
E - La dyspnée expiratoire est le plus souvent liée à une compression mécanique de la trachée.

QCM 19	A propos de la classification TNM : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Des ganglions cervicaux sont considérés comme des métastases à distance en cas d'adénocarcinome du bas œsophage.
B - En cas de cancer pT1N1M0, le cancer est de stade I.
C - Des adénopathies cervicales sont considérées comme des métastases à distance en cas de carcinome épidermoïde de l'œsophage cervical.
D - En cas de tumeur envahissant la trachée, le cancer est stade III.
E - En cas de métastase à distance, le cancer est classé stade IV.

QCM 20	Parmi ces propositions, la ou lesquelles sont une lésion précancéreuse du cancer épidermoïde de l'œsophage ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Oesophage de Barrett.
B - Œsophagite caustique.
C - Endobrachy-œsophage.
D - Achalasie.
E - Syndrome de Plummer-Vinson.

QROC 1	Quels sont les deux principaux types histologiques des cancers de l'œsophage ? (2 mots).
QROC 2	Quel est l'intérêt de palper les pouls des membres inférieurs dans le cadre d'un cancer épidermoïde de l'œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Quels sont les principaux facteurs de risque du cancer épidermoïde de l'œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Citez trois méthodes de traitement endoscopique des tumeurs localisées de l'œsophage ? (3 mots).
QROC 5	Quel symptôme est le plus évocateur d'un envahissement du nerf récurrent par la tumeur œsophagienne ? (1 mot).
QROC 6	Quel traitement par voie endoscopique est réalisable en cas de dysphagie gênante chez un patient avec un cancer de l'œsophage stade IV ? (1 mot).
QROC 7	Quels examens biologiques permettent d'évaluer la dénutrition chez un patient avec un cancer de l'œsophage ? (2 mots).
QROC 8	Quel est le traitement de première intention d'une dysplasie de bas grade d'un endobrachy-œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Sur quel(s) examen(s) repose la surveillance post-thérapeutique d'un cancer de l'œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quel sera le temps de la dyspnée en cas de compression trachéale par la tumeur œsophagienne ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quels sont les principaux facteurs de risque de l'adénocarcinome de l'œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quel examen prescrire pour mettre en évidence des lésions osseuses métastatiques d'un cancer de l'œsophage chez un patient avec douleurs lombaires ? (1 mot).
QROC 13	Quel est l'examen complémentaire à faire devant toute dysphagie de l'adulte ? (1 mot).
QROC 14	Citez trois des partenaires paramédicaux intervenant dans les soins de support d'un patient traité pour cancer de l'œsophage. (3 mots).
QROC 15	Quel est le stade d'un adénocarcinome du 1/3 inférieur de l'œsophage en cas de ganglion de Troisier palpable ? (1 mot).
QROC 16	Vers quel type de cancer peut évoluer une œsophagite caustique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Dans quelles conditions est réalisé un TEP scan au FDG dans le cadre du bilan d'extension d'un cancer de l'œsophage ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quelle complication du cancer de l'œsophage doit faire évoquer une toux productive après chaque déglutition ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quel est l'examen morphologique qui permet de faire le bilan d'extension à distance d'un cancer de l'œsophage ? (1 mot).
QROC 20	Quelle affection se traduit à l'endoscopie par un décalage vers le haut de la ligne Z ? (1 mot).

2 Corrigé

		V/F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	F	1	**Réponse : BCD** • Les tumeurs bénignes de l'œsophage sont très rares, ainsi que les tumeurs secondaires (métastases). • Le sexe masculin est un facteur de risque. • Les patients avec un cancer de l'œsophage ont souvent des comorbidités liées à l'imprégnation alcoolique et tabagique. • Le pronostic du cancer de l'œsophage est effroyable, avec une survie à 5 ans de moins de 10%.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	F	1	**Réponse : BD** • Dans plus de 50% des cas au diagnostic, le cancer est non résécable ou le patient non opérable, du fait des comorbidités. • Le support nutritionnel fait partie des soins de support, indispensables en cas de prise en charge curative ou palliativs. • Les traitements endoscopiques sont à privilégier en cas de stade I, après absence de contre-indication à l'écho-endoscopie. • La pose d'une endoprothèse fait partie du traitement palliatif.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Seule la métaplasie intestinale est à risque de dégénérer en adénocarcinome. • L'adénocarcinome est situé au 1/3 inférieur de l'œsophage.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	F	0	**Réponse : D** • La FOGD et le TDM TAP font partie du bilan d'extension. • Les EFR et la fibroscopie bronchique recherchent des maladies associées. • L'écho-endoscopie ne sera faite qu'en cas d'absence de métastases et d'envahissement trachéal.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	V	5	
	E -	F	0	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ADE** • La coloration par Lugol met en évidence le carcinome épidermoïde et permet de visualiser des lésions synchrones. • Le déplacement de la ligne Z vers le haut est en rapport avec un EBO, donc plutôt un adénocarcinome de l'oesophage.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ACDE** • L'infection par HPV et l'œsophagite caustique sont des causes plus rares que l'intoxication alcoolique et tabagique. • Le RGO est associé à l'adénocarcinome œsophagien.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BCE** • La radiothérapie et la chirurgie sont des traitements spécifiques du cancer de l'œsophage. • Les soins de support sont ce qui entoure le traitement spécifique du cancer de l'œsophage : prise en charge de la douleur, nutritionnelle et psychologique du patient et de l'entourage.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BDE** • L'endobrachy-œsophage n'est pas associé au développement du cancer épidermoïde, mais de l'adénocarcinome œsophagien.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM	Item	V/F	Points	Correction
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : AC** • Un contrôle endoscopique est recommandé régulièrement en cas de RCC exclusive. • Le programme de dépistage des autres cancers est proposé au patient, mais non obligatoire. La prise en charge addictologique est primordiale. • Le contrôle par FOGD est nécessaire en cas d'EBO persistant ou de traitement non chirurgical.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABE** • L'écho-endoscopie et le TEP scan ne seront réalisés qu'en cas d'absence de métastase et de lésions trachéales au TDM TAP.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Le tabagisme est un facteur de risqué de l'adénocarcinome et du cancer épidermoïde de l'œsophage. • L'alcoolisme chronique est un facteur de risque de carcinome épidermoïde œsophagien. • La consommation de boissons chaudes chronique est un facteur de risque de carcinome épidermoïde.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • L'oesophagectomie n'a pas d'intérêt dans une prise en charge palliative.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Il n'y a pas de champagne de dépistage de masse pour le cancer de l'oesophage. • La dysplasie de haut grade est un cancer in situ, il faut le traiter comme tel, en privilégiant autant que possible les traitements endoscopiques.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	5	**Réponse : A** • Le TDM TAP recherche une extension à distance. • La fibroscopie bronchique est recommandée chez les fumeurs. • Le TEP scan ne sera réalisé qu'en l'absence de métastases et envahissement trachéal.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : AB** • Le TDM c est réalisé en cas de signes d'appel. • Le cancer ORL est lié à l'intoxication éthylo-tabagique, il n'est pas systématique en cas d'adénocarcinome sans ces facteurs de risque. • L'écho-endoscopie évalue l'extension loco-régionale et est obligatoire avant un traitement endoscopique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : AC** • L'endobrachyoesophage, ou oesophage de Barrett est la métaplasie intestinale du bas œsophage, liée au RGO chronique.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Il faut rechercher les signes d'extension à distance, et les signes de comorbidités associées. • La splénomégalie doit faire rechercher d'autres signes d'hypertension portale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : C** • La dysphagie prédomine d'abord sur les solides, puis touche les solides et les liquides. • La fistule trachéo-bronchique entraîne une toux chronique par passage du contenu œsophagien dans les bronches (équivalent de fausses routes). • Les douleurs thoraciques témoignent d'une tumeur évoluée. • Une dyspnée laryngée est inspiratoire. Devant une dyspnée expiratoire, il faut évoquer une origine bronchique. Une dyspnée trachéale est à deux temps.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	

QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Connaître les grandes lignes de la classification TNM et des stades en fonction de l'envahissement ganglionnaire et métastatique à distance. • En cas de métastase ganglionnaire, le cancer est minimum stade II. • En cas de cancer de l'œsophage cervical, les ADP cervicales sont considérées comme N. Pour les autres localisations plus proches du cardia, ce sont des métastases à distance M+. • Le stade est IV en cas de métastases à distance.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BDE** • Le syndrome de Plummer-Vinson associe chez les femmes une glossite, anémie microcytaire et koïlonychie.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Adénocarcinome. • Cancer épidermoïde.	1 1	• Question facile, il faut avoir tous les points.
QROC 2	• Recherche artériopathie oblitérante des membres inférieurs. • Comorbidités liées au tabac.	2 1	• Les patients avec un carcinome épidermoïde de l'œsophage sont le plus souvent éthylo-tabagique. • Il est important de faire un examen complet à la recherche de comorbidités et de cancers associés.
QROC 3	• Tabac. • Alcool.	1 2	• Bien connaître les facteurs de risque en fonction du type de cancer. • Le tabagisme est lié aux deux types de cancer.
QROC 4	• Mucosectomie. Et deux parmi : • Radiofréquence. • Photothérapie. • Plasma argon.	2+1 +1	• Seule la mucosectomie permet l'analyse histologique du segment enlevé.
QROC 5	• Dysphonie.	2	• Ce symptôme n'est pas spécifique d'une lésion œsophagienne. • Un examen ORL pourra retrouver la cause de dysphonie.
QROC 6	• Pose d'une endoprothèse œsophagienne.	2	• Ce traitement n'est pas accessible pour les patients avec prise en charge curative.
QROC 7	• Albuminémie. • Pré-albuminémie /RBP.	2 2	• Cliniquement, l'IMC, le pourcentage de perte de poids et les indices anthropométriques sont aussi importants. • La prise en charge de la dénutrition est très importante chez ces malades.
QROC 8	• Inhibiteurs de la pompe à protons. • Surveillance endoscopique.	2 NC	• La plupart du temps, la dysplasie de bas grade involue avec ce traitement médical.
QROC 9	• Examen clinique.	2	• Le suivi endoscopique n'est indiqué qu'en cas de traitement par RCC exclusif ou d'EBO persistant. • Chez les patients volontaires, un programme de dépistage des cancers ORL et bronchiques peut-être proposé.
QROC 10	• Inspiratoire. OU • Aux deux temps.	1 Ou 1	• Contrairement à la dyspnée bronchique, expiratoire.
QROC 11	• RGO / EBO/ Œsophage de Barrett. • Tabagisme. • Surpoids.	1 2	• C'est la métaplasie intestinale qui est à risque d'évoluer vers un adénocarcinome.

QROC 12	• Scintigraphie osseuse.	2	• Elle n'est indiquée qu'en cas de signes d'appel.
QROC 13	• FOGD	2	• Des biopsies seront réalisées même en l'absence de lésion visible.
QROC 14	3 parmi : • Diététicien. • Psychologue. • Kinésithérapeute. • Assistante sociale. • Infirmière.	1+1 +1	• Les soins de support sont très importants pour le confort du malade. • Ils sont à mettre en place dès l'annonce du diagnostic.
QROC 15	• Stade IV. ou • Métastatique.	2 Ou 2	• L'examen clinique a une part importante dans l'évaluation des patients avec un cancer de l'œsophage.
QROC 16	• Carcinome épidermoïde. • Si adénocarcinome,	2 0	• L'œsophagite caustique est une lésion pré-cancéreuse du cancer épidermoïde.
QROC 17	• Echo-endoscopie normale. • TDM TAP normal. • Traitement chirurgical envisagé.	1 2 2	• Si une de ces conditions n'est pas remplie, le TEP scan n'a pas d'intérêt thérapeutique.
QROC 18	• Fistule trachéo-bronchique.	2	• Elle est responsable de l'équivalent de fausses routes à chaque déglutition.
QROC 19	• TDM TAP injecté.	2	• Ne pas hésiter à être le plus précis possible.
QROC 20	• Endobrachy-œsophage (EBO).	2	• La métaplasie intestinale de l'œsophage décale la ligne Z vers le haut. • C'est la zone de jonction entre muqueuse œsophagienne et intestinale.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
Définition	• Tumeurs bénignes : très rares. • Tumeurs malignes : - Adénocarcinome : RGO chronique /œsophage de Barrett, tabagisme, surpoids, sexe masculin. - Carcinome épidermoïde : Intoxication éthylo-tabagique (+ boissons chaudes, HPV, œsophagite caustique).
Clinique	• Dysphagie progressive, sur les solides puis les liquides. • Altération de l'état général. • Envahissement : - dysphonie (nerf récurrent). - toux productive (fistule trachéo-bronchique). - dyspnée (compression trachéale). - douleurs thoraciques. • Extension : Adénopathie sus-claviculaire, douleurs osseuses, hépatomégalie. Dénutrition.
Examens complémentaires	• FOGD + biopsies : - Œsophage de Barrett : la muqueuse glandulaire gagne de la surface par rapport à la muqueuse normale malpighienne et la ligne Z (jonction des 2 muqueuses) est déplacée vers le haut. - Tumeur : localisation, rapports. Coloration au Lugol : cancer synchrone, limites de la tumeur. • Bilan pré-thérapeutique : - TDM TAP. - Fibroscopie bronchique si tumeur du 1/3 supérieur et/ou tabagisme. - Examen ORL. - Si points d'appel, TDMc et scintigraphie osseuse. - Si pas de métastases, écho-endoscopie et TEP au FDG. - EFR, ECG, créatininémie, bilan hépatique, albuminémie. • Recherche des affections associées au tabagisme et à l'éthylisme chroniques : - cardiovasculaires. - cancers ORL et pulmonaire. - hépatopathie. - bilan nutritionnel.

Traitement	Pas au programme ! En RCP selon le stade et les comorbidités. • Dysplasie de bas grade : IPP double dose et contrôle endoscopique à 2 mois, 6 mois puis annuel. • Dysplasie de haut grade : traitement comme un ADK de l'œsophage. • Traitement curatif si patient opérable et tumeur résécable : Chirurgie : oesophagectomie subtotale + curage ganglionnaire. Radio-chimiothérapie concomitante (RCC). Traitement endoscopique si tumeur superficielle : mucosectomie, photothérapie, radiofréquence ou plasma argon. Soins de support : nutrition ++. • Traitement palliatif : Endoprothèse oesophagiennes si dysphagie. Stent oesophagien et/ou trachéo-bronchique si fistule. Chimiothérapie ou RCC selon l'état général. Soins de support. • Prévention : - sevrage tabagique et alcoolique. - surveillance endoscopique + biopsies de l'œsophage de Barrett (tous les 2-5 ans). Pronostic mauvais : survie à 5 ans 10%.
Suivi	• Clinique / 6 mois x 3 ans. • FOGD /1-2ans si persistance de l'EBO. • FOGD + biopsies tous les 4-6 mois x 1 an si RCC exclusive. • Examen ORL et bronchique / an.

UE questions isolées — Item 305

1 Enoncé

QCM 1	Lesquelles de ces propositions sont des tumeurs solides pancréatiques ? (Jusqu'à 5 réponses)
A - Adénocarcinome du pancréas. B - Carcinome épidermoïde du pancréas. C - Insulinome. D - Tumeur endocrine non sécrétante. E - TIPMP.	
QCM 2	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des indications à faire une biopsie de la tumeur pancréatique pour le diagnostic de certitude d'un adénocarcinome de la tête du pancréas ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Cancer métastatique. B - Avant le traitement chirurgical curatif. C - Nécessité d'une chimiothérapie néoadjuvante. D - Doute diagnostic avec une pancréatite atypique. E - Dans tous les cas.	
QCM 3	**Quelles propositions sont vraies à propos de l'adénocarcinome pancréatique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le TDM pancréatique injecté est l'examen de référence pour le diagnostic positif. B - Une dilatation du canal de Wirsung et des voies biliaires extra-hépatiques doit faire rechercher un cancer de la tête du pancréas. C - Le TDM pancréatique injecté permet de faire le bilan d'extension. D - Le scanner visualise bien les petites tumeurs de moins de 2 cm. E - La tumeur est une masse hypodense et mal limitée au scanner.	
QCM 4	**Lesquelles de ces tumeurs pancréatiques doivent faire rechercher une NEM1 en cas d'antécédents familiaux /autres manifestations? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Insulinome. B - Adénocarcinome pancréatique. C - Tumeur endocrine non sécrétante. D - TIPMP. E - Somatostatinome.	
QCM 5	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des symptômes du cancer de la tête du pancréas ? (Jusqu'à 6 réponses)**
A - Ictère. B - Diabète secondaire. C - Prurit. D - Douleur épigastrique transfixiante. E - Syndrome dépressif. F - Prise de poids.	
QCM 6	**Lesquelles de ces tumeurs du pancréas sont à risque de tumeur maligne ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - TIPMP. B - Adénocarcinome. C - Cystadénome séreux. D - Tumeurs endocrines du pancréas. E - Cystadénome mucineux.	
QCM 7	**A propos du scanner injecté dans l'adénocarcinome de la tête du pancréas : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - La visualisation d'une masse hypodense et mal limitée est un signe direct. B - Un envahissement du système porte est de mauvais pronostic. C - Les voies biliaires intra-hépatiques sont dilatées, contrairement aux voies biliaires extra-hépatiques. D - Les calcifications pancréatiques sont pathognomoniques de l'adénocarcinome pancréatique. E - La dilatation du canal de Wirsung est un signe indirect.	

QCM 8	A propos des tumeurs kystiques du pancréas, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elles sont hyperéchogènes en échographie.
B - Le cystadénome mucineux communique avec les canaux pancréatiques.
C - L'IRM bilio-pancréatique montre un aspect en grappe de raisin des canaux en cas de TIPMP.
D - Les TIPMP communiquent avec les canaux pancréatiques secondaires ou le canal de Wirsung.
E - Le cystadénome séreux ne communique pas avec les canaux pancréatiques.

QCM 9	Quels examens complémentaires sont utiles pour le bilan d'une tumeur endocrine pancréatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - TDM abdomino-pelvien injecté.
B - Scintigraphie à l'octréotide marquée.
C - IRM bilio-pancréatique.
D - TEP scanner.
E - Echo-endoscopie.

QCM 10	A propos des anomalies biologiques du cancer du pancréas : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le Ca 19.9 est souvent normal.
B - Une cholestase biologique est fréquemment retrouvée.
C - La lipasémie est augmentée > 3 fois la normale.
D - Une élévation de la glycémie à jeun est compatible avec un insulinome.
E - Il y a une élévation de la bilirubine libre.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles sont des tumeurs kystiques pancréatiques ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Tumeurs endocrines.
B - Kyste biliaire simple.
C - Adénocarcinome.
D - Cystadénome séreux.
E - TIPMP.

QCM 12	Parmi ces propositions, lesquels sont des traitements curatifs de l'adénocarcinome pancréatique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Duodénopancréatectomie céphalique.
B - Splénectomie.
C - Radio-chimiothérapie.
D - Splénopancréatectomie gauche.
E - Endoprothèse biliaire.

QCM 13	Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risque reconnus de cancer du pancréas ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Tabagisme chronique.
B - Diabète.
C - Pancréatite chronique alcoolique.
D - Episodes répétés de pancréatite aigüe.
E - Antécédents familiaux de cancer du pancréas.

QCM 14	A propos des tumeurs intracanalaires papillaires et mucineuses: (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a un risque élevé de tumeur maligne.
B - Elles correspondent à une prolifération séreuse de l'épithélium des canaux pancréatiques.
C - Elles se compliquent souvent de pancréatite aigüe, par obstruction muqueuse des canaux pancréatiques.
D - Le traitement est toujours chirurgical.
E - L'écho-endoscopie est performante pour rechercher des signes de malignité.

QCM 15	A propos des complications du cancer de la tête du pancréas : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'ictère cholestatique est le plus souvent dû à une lithiase de la voie biliaire principale, favorisée par le cancer du pancréas.
B - Un syndrome occlusif haut doit faire évoquer une sténose duodénale.
C - Le syndrome de Stauffer est un syndrome paranéoplasique spécifique du cancer du pancréas.
D - Le cancer du pancréas est associé à la survenue de phlébites spontanées.
E - Un syndrome dépressif est parfois le premier symptôme de la maladie.

QCM 16	Lesquelles de ces tumeurs pancréatiques sont toujours bénignes ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Cystadénome mucineux.
B - Cystadénome séreux.
C - Kyste biliaire simple.
D - Tumeurs endocrines.
E - TIPMP.

QCM 17	Parmi ces propositions, lesquelles sont des traitements palliatifs de l'adénocarcinome de la tête du pancréas ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Endoprothèse biliaire.
B - Chimiothérapie.
C - Radiothérapie.
D - Duodéno-pancréatectomie céphalique.
E - Dérivation bilio-digestive.

QCM 18	A propos du dépistage du cancer du pancréas : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il est indiqué chez les patients tabagiques > 50 paquets-année.
B - Il repose sur l'imagerie : IRM, écho-endoscopie et scanner.
C - Il repose sur le dosage biologique du Ca 19.9 tous les 6 mois.
D - Il est indiqué en cas de TIPMP.
E - Il repose sur le dosage de la lipasémie tous les 6 mois.

QCM 19	A propos du cancer de la queue du pancréas : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il se révèle classiquement par un ictère nu.
B - L'apparition d'un diabète secondaire témoigne de la destruction de la glande endocrine.
C - Les douleurs épigastriques témoignent d'un cancer avancé, avec atteinte du rétropéritoine.
D - C'est la localisation préférentielle des adénocarcinomes pancréatiques.
E - Le traitement curatif est une duodénopancréatectomie céphalique.

QCM 20	Quelles propositions sont vraies concernant le syndrome hormonal des tumeurs endocrines pancréatiques ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a un risque d'hypoglycémies fonctionnelles en cas d'insulinome.
B - 50% des tumeurs endocrines sont non sécrétantes.
C - Il y a un risque d'hypoglycémies fonctionnelles en cas de glucagonome.
D - Le VIPome et somatostatinome sont rares.
E - Un syndrome de Zollinger-Ellison est fréquent en cas de tumeur sécrétant de la gastrine.

QROC 1	Quels sont les deux principaux types histologiques de tumeur solide du pancréas ? (2 mots).
QROC 2	Quel est l'examen de référence pour faire le bilan d'extension d'un cancer du pancréas ? (1 mot).
QROC 3	Quels sont les principaux facteurs de risque endogènes du cancer du pancréas ? (3 mots).
QROC 4	Quel est le nom du syndrome hormonal associant des ulcères duodénaux à répétition et une diarrhée chronique, dans le cadre d'une tumeur endocrine du pancréas ? (1 mot).
QROC 5	Quel est l'examen de référence pour faire le diagnostic positif de cancer du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quels sont les trois principaux types de tumeur kystique du pancréas ? (3 mots).
QROC 7	Quel est le traitement chirurgical curatif d'un cancer de la tête du pancréas ? (1 mot).
QROC 8	Quelles sont les deux principales lésions pré-cancéreuses du pancréas ? (2 mots).
QROC 9	Que faut-il rechercher en cas d'insulinome pancréatique associé à une hypercalcémie à la biologie ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quels sont les signes radiologiques visibles sur le scanner injecté en cas de cancer de la tête du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quelles sont les hormones les plus souvent sécrétées dans les tumeurs endocrines du pancréas ? (2 mots).
QROC 12	Quel traitement palliatif est possible chez un patient avec un cancer de la tête du pancréas comprimant le cholédoque et responsable d'un ictère cholestatique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quels sont les trois principaux signes et symptômes possibles dans le cancer de la tête du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quel bilan radiologique prescrire devant la découverte d'une tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quel examen permet de mettre en évidence un cancer du pancréas de petite taille non visible au TDM ? (1 mot).
QROC 16	Quel type de tumeur endocrine se développe dans les canaux pancréatiques, secondaires ou le Wirsung ? (1 mot).
QROC 17	Quelles sont les principales complications mécaniques d'un cancer de la tête du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quel est l'intérêt du CA19.9 dans la prise en charge du cancer du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelles sont les situations dans lesquelles il faut obtenir une preuve histologique par ponction, pour le diagnostic positif de cancer du pancréas ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel est le principal facteur de risque exogène du cancer du pancréas ? (1 mot).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La TIPMP est une tumeur kystique du pancréas.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La confirmation histologique est nécessaire avant tout traitement par radiothérapie ou chimiothérapie.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • Les tumeurs de moins de 2 cm sont mal visualisées au scanner, en cas de suspicion de cancer de la tête du pancréas, l'écho-endoscopie permet de visualiser ces tumeurs de petite taille.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Les tumeurs endocrines pancréatiques doivent faire rechercher une NEM1 en cas d'antécédents familiaux et/ou association avec un hyperparathyroïdie, une tumeur surrénalienne et un adénome hypophysaire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Le prurit est lié à l'ictère cholestatique. • Au contraire, dans le cancer du pancréas, il y a souvent un amaigrissement majeur et rapide.
	B -	V	1	
	C -	V	0.5	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
	F -	F	0.5	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • Les TIPMP et cystadénomes mucineux sont des tumeurs kystiques à potentiel malin. • L'adénocarcinome et les tumeurs endocrines sont des tumeurs solides. Les tumeurs endocrines peuvent-être bénignes ou malignes. • Le cystadénome séreux ne dégénère jamais en tumeur maligne.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ABE** • Les voies biliaires extra-hépatiques sont dilatées, en amont de la compression du cholédoque. • Les calcifications pancréatiques sont pathognomoniques d'une pancréatite chronique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : CDE** • Les tumeurs kystiques sont majoritairement composées de liquide, anéchogène ou hypoéchogène en échographie. • Les TIPMP communiquent avec les canaux pancréatique secondaires et le Wirsung, contrairement aux cystadénomes mucineux et séreux.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • La scintigraphie à l'octréotide marquée est basée sur le fait que les tumeurs endocrines pancréatiques surexpriment les récepteurs à la somatostatine. • Cet examen est moins performant pour les insulinomes.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	F	1	**Réponse : B** • Le Ca19.9 est non spécifique du cancer du pancréas, il est néanmoins sensible et souvent augmenté en cas de cancer du pancréas. • La lipasémie est le plus souvent normale. • L'ictère cholestatique se traduit par une élévation de la bilirubine conjuguée. Le mécanisme est une compression ou un envahissement du cholédoque par la masse tumorale. La bilirubine libre est élevée en cas d'hémolyse ou ictère pré-hépatique. • Une élévation de la glycémie à jeun est compatible avec un diabète secondaire à un adénocarcinome pancréatique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	

QCM 11	A -	F	1	**Réponse : DE** • Les tumeurs endocrines et l'adénocarcinome pancréatique sont des tumeurs solides. • Le kyste biliaire simple est une tumeur hépatique.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ACD** • La radio-chimiothérapie néoadjuvante est possible en cas de tumeur à la limite de la résécabilité. • L'endoprothèse biliaire est un traitement palliatif.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • Le risque de développer un cancer du pancréas est multiplié par 9 en cas de cancer du pancréas chez un apparenté au premier degré et par 32 en cas de deux apparentés.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ACE** • C'est une prolifération mucineuse des canaux pancréatiques, avec risqué élevé de transformation maligne. • Il n'y a pas de risque dégénratif des cystadénomes séreux. • La prise en charge thérapeutique est à discuter en RCP en fonction du terrain, de la taille et des caractéristiques de la tumeur. Il sera décidé un traitement chirurgical ou une surveillance simple.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BDE** • L'ictère est le plus souvent dû à une compression extrinsèque par la tumeur ou un envahissement du cholédoque. • Le syndrome de Stauffer est une cholestase anictérique, syndrome paranéoplasique du cancer du rein. • La sténose duodénales est respondable d'un syndrome occlusif haut : nausées et vomissements alimentaires précoces et arrêt des matières et gaz tardif.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : B** • Le cystadénome mucineux et TIPMP sont à risque de dégénérescence (10 à 50%). • Les tumeurs endocrines peuvent-être bénignes ou malignes.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • L'endoprothèse biliaire est utile en cas d'ictère cholestatique. • La radiothérapie est possible sur des métastases osseuses douloureuses. • La chimiothérapie est indiquée pour prolonger la survie des patients en bon état général. • La prothèse métallique par voie endoscopie ou la dérivation bilio-digestive chirurgicale sont possibles en cas de sténose duodénale. • La duodénopancréatectomie est le traitement curatif de référence de l'adénocarcinome pancréatique. C'est la seule chance de guérison du patient, en cas de R0.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : BD** • Il n'y a pas de dépistage de masse du cancer du pancréas, les examens de dépistage sont invasifs et coûteux. • Le Ca 19.9 n'est pas spécifique du cancer du pancréas. La lipasémie est le plus souvent normale dans le cancer du pancréas, en dehors d'une poussée de pancréatite aigüe. • En cas de TIPMP, le dépistage du cancer du pancréas repose sur un bilan radiologique : IRM, écho-endoscopie et scanner. • Il est aussi recommandé de le dépister en cas pancréatite chronique héréditaire et de forme familiale du cancer du pancréas, après une consultation oncogénétique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	

QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BC** • L'ictère est lié à une cholestase ictérique par compression extrinséque de la voie biliaire principale, c'est la mode de révélation classique des cancers de la tête du pancréas. • Les adénocarcinomes pancréatiques se trouvent le plus souvent au niveau de la tête du pancréas. • Le traitement curatif d'un cancer de la queue du pancréas est une splénopancréatectomie gauche. • Le diabète est lié à une insuffisance pancréatique endocrine, et la stéatorrhée à une insuffisance pancréatique exocrine.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BDE** • En cas d'insulinome, les hypoglycémies sont organiques. • Les tumeurs endocrines les plus fréquentes sécrètent de l'insuline ou de la gastrine.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Adénocarcinome. • Tumeurs endocrines.	1 2	• Les tumeurs endocrines peuvent-être bénignes ou malignes. • Il y a aussi les métastases, exceptionnelles.
QROC 2	• TDM pancréatique. • Injecté.	2	• Il permet de rechercher l'envahissement vasculaire artériel et veineux, rétropéritonéal et la recherche de métastases.
QROC 3	• Diabète. • Pancréatite chronique alcoolique/héréditaire. • Antécédents familiaux/ Cancer du pancréas héréditaire.	1 1 1	• Il y a aussi le syndrome de Lynch, la mutation BRCA, ...
QROC 4	• Syndrome de Zollinger-Ellison.	2	• Il faut y penser en cas d'ulcères duodénaux à répétition, sans prise d'AINS et résistants aux IPP.
QROC 5	• TDM pancréatique. • Injecté.	2 1	• Il permet de faire le diagnostic positif et le bilan d'extension.
QROC 6	• Cystadénome séreux. • Cystadénome mucineux. • TIPMP/ tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse.	2 2 2	• Il n'y a pas de risque évolutif vers une tumeur maligne en cas de cystadénome séreux. • En revanche, il existe pour les cystadénomes mucineux, et d'avantage (20-50% des cas) pour les TIPMP.
QROC 7	• Duodénopancréatectomie céphalique.	2	• Même si les indications thérapeutiques du cancer du pancréas ne sont pas à connaître, il est bon d'avoir des notions sur les principes thérapeutiques.
QROC 8	• Cystadénome mucineux. • TIPMP.	2 2	• Contrairement au cystadénome séreux qui n'a pas de risque de dégénérescence.
QROC 9	• Néoplasie endocrinienne multiple de type 1.	2	• Association de tumeur endocrine du pancréas, d'hyperparathyroïdie, tumeur hypophysaire et des surrénales. • Notion d'antécédents familiaux.
QROC 10	• Signes directs/ Masse hypodense. • Signes indirects/ Dilatation du cholédoque, du Wirsung.	2 2	• Les signes indirects doivent faire rechercher une tumeur de petite taille.
QROC 11	• Insuline. • Gastrine.	1 1	• C'est un insulinome en cas de syndrome hormonal à insuline, avec des hypoglycémies organiques. • En cas de tumeur endocrine à gastrique, il y a un syndrome de Zollinger-Ellison.

QROC 12	• Prothèse biliaire.	2	• La compression cholédocienne peut entraîner une angiocholite.
QROC 13	• Ictère (cholestatique). • Douleurs (épigastriques transfixiantes). • Amaigrissement (majeur et rapide).	2 2 2	• Un prurit est souvent associé à l'ictère. • Les patients souffrent dans la majorité des cas d'un syndrome dépressif. • Il faut évoquer un cancer du pancréas devant un diabète secondaire.
QROC 14	• TDM pancréatique injecté. • IRM bilio-pancréatique/ CPRM. • Echo-endoscopie.	1+1 2 2	• La décision de prise en charge chirurgicale sera fonction : - du terrain : âge, comorbidités. - de la taille de la TIPMP. - de la présence de critères de malignité.
QROC 15	• Echo-endoscopie.	2	• Il permettra de réaliser une ponction en cas de doute diagnostic, de tumeur non résécable ou d'indication de chimiothérapie néo-adjuvante.
QROC 16	• TIPMP/ Tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse.	2	• L'aspect en IRM bilio-pancréatique est celui d'une dilatation des canaux pancréatiques, en grappe de raisin.
QROC 17	• Compression du cholédoque/ Angiocholite. • Sténose duodénale.	2 2	• Des prothèses biliaires et digestives peuvent soulager ces symptômes dans le cadre d'une prise en charge palliative.
QROC 18	• Suivi post-thérapeutique.	2	• C'est un marqueur non spécifique de la masse tumorale pancréatique, aussi élevé dans les tumeurs digestives et ovariennes. • Il est utile pour le suivi sous traitement, son taux diminuera avec la masse tumorale et en cas de nouvelle élévation, il faut rechercher une récidive.
QROC 19	• Tumeur non résécable. • Chimiothérapie néoadjuvante. • Doute diagnostic.	2 2 2	• En cas de tumeur résécable, le traitement sera chirurgical d'emblée et la preuve histologique sera apportée par l'analyse de la pièce d'exérèse.
QROC 20	• Tabagisme.	2	• Il peut être actif ou passif. • Des facteurs alimentaires n'ont pas été prouvés : alimentation riche en graisses, café.
		/65	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
Définition	• Adénocarcinome pancréatique est la plus fréquente des tumeurs solides du pancréas.
Facteurs de risque	• Tabagisme actif ou passif. • Héréditaire : pancréatite chronique héréditaire, cancer du pancréas familial, antécédents familiaux. • Diabète. • Pancréatite chronique alcoolique. • Lésions pré-cancéreuses : TIPMP, cystadénome mucineux.
Clinique	• Tumeurs de la tête du pancréas : - Ictère cholestatique, progressif avec prurit. - Douleur épigastrique transfixiante : envahissement local important. - Altération de l'état général : perte de poids massive et rapide. - Apparition ou aggravation d'un diabète après 40 ans ++
Examens complémentaires	• Dépistage En cas de TIPMP, pancréatite chronique ou cancer du pancréas familial. Consultation d'oncogénétique et IRM, TDM et écho-endoscopie. Sevrage tabagique et ablation des lésions menaçantes. • Biologie : Ca 19.9 ni sensible ni spécifique : utile pour le suivi. Bilan hépatique : cholestase. Glycémie à jeun : diabète secondaire. • Imagerie : - Echographie abdominale. - TDM injecté : Masse hypodense, mal limitée, dilatation des voies biliaires et pancréatiques. Bilan d'extension, résécabilité (envahissement vasculaire et rétropéritonéal). - Echo-endoscopie si doute : permet de faire une biopsie. • Histologie Indispensable en cas de traitement non chirurgical ou nécessité de traitement néo-adjuvant. Sous échographie, TDM ou écho-endoscopie.
Traitement	Pas au programme ! Connaître les principes. • Curatif : -Chirurgie : Duodéno-pancréatectomie céphalique ou spléno-pancréatectomie gauche. - Chimiothérapie adjuvante. • Palliatif : (>80%) - Chimiothérapie selon l'état général. -Prothèse biliaire si obstacle, duodénale si occlusion. - Soins de support. • Très mauvais pronostic : 5% de survie à 5 ans, 25% si R0.
Complications	• Angiocholite. • Sténose duodénale. • Carcinose péritonéale. • Phlébite spontanée. • Syndrome dépressif.

Autres tumeurs	• Tumeurs endocrines : - Bénignes ou malignes (> 2-3cm++). - Sécrétantes (insuline, gastrine) ou non = syndrome hormonal. Syndrome de masse. -Hypervasculaires au TDM injecté, écho-endoscopie, chromogranine A, Octréoscan ® - Rechercher une NEM1. • Métastases : exceptionnelles. • Tumeurs kystiques - Cystadénome séreux toujours bénin. - Cystadénome mucineux : potentiel de dégénérescence. -Tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse (TIPMP) : communiquent avec les canaux pancréatiques, aspect en grappe de raisin. Bilan : TDM pancréatique, IRM bilio-pancréatique, écho-endoscopie. Traitement à discuter selon l'état du patient (15 à 50% de risque de dégénérescence).

1 Enoncé

QCM 1	Quels sont les quatre signes définissant le syndrome occlusif ? (4 réponses)
	A - Douleurs abdominales. B - Vomissements. C - Météorisme abdominal. D - Déshydratation extra-cellulaire. E - Arrêt des matières et gaz. F - Tachycardie. G - Fièvre.
QCM 2	**A propos de l'occlusion par strangulation : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Le risque de péritonite est lié à la prolifération bactérienne dans l'anse exclue et la souffrance muqueuse. B - Les vaisseaux du méso sont comprimés. C - Une hypokaliémie est un signe de gravité devant faire redouter une nécrose intestinale. D - La compression artérielle entraîne une extravasation de plasma et sang dans le péritoine et l'anse en cause. E - La souffrance vasculaire peut induire une nécrose pariétale, responsable d'une perforation diastasique du colon.
QCM 3	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes d'occlusion mécanique extra-luminale ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Carcinose péritonéale. B - Maladie de Crohn. C - Pancréatite aigüe. D - Hernie étranglée. E - Iléite radique.
QCM 4	**Concernant les occlusions mécaniques hautes : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Le traitement de l'iléus biliaire repose tout d'abord sur la fermeture de la fistule. B - Il faut rechercher un surdosage en anticoagulant en cas d'occlusion par hématome de paroi. C - Le traitement de première intention de l'étranglement herniaire est médical, puis chirurgical en cas d'échec après plusieurs jours. D - En cas de sténose inflammatoire sur maladie de Crohn, le traitement est chirurgical avec résection du grêle atteint. E - La carcinose péritonéale est une cause d'occlusion intestinale haute par strangulation.
QCM 5	**A propos de l'invagination intestinale aigüe. (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - C'est une occlusion intestinale haute, par mécanisme de strangulation. B - Le traitement est un lavement hydrosoluble chez l'enfant. C - La cause la plus fréquente d'invagination intestinale aigüe chez l'enfant est idiopathique. D - Le traitement repose sur un lavement aux hydro-solubles chez l'adulte. E - Chez l'adulte, l'invagination est le plus souvent secondaire à un purpura rhumatoïde.
QCM 6	**Lesquels de ces temps de l'examen clinique indispensables devant tout syndrome occlusif, à la recherche du diagnostic étiologique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Prise du pouls. B - Palpation des orifices herniaires. C - Recherche des cicatrices abdominales. D - Palpation hépatique. E - Toucher rectal.

QCM 7	Lesquels de ces signes doivent faire craindre une nécrose intestinale? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Signes de choc.
B - Déshydratation extra-cellulaire.
C - Défense abdominale.
D - Réhaussement important de la paroi digestive au TDM.
E - Hyperkaliémie.

QCM 8	A propos de l'occlusion intestinale haute : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'arrêt des matières et gaz est tardive.
B - Les vomissements sont fécaloïdes.
C - Sur le TDM, les valvules conniventes sont visibles.
D - Le météorisme abdominal est souvent minime.
E - L'état général reste plus souvent conservé.

QCM 9	Quelles propositions sont vraies concernant l'occlusion digestive basse ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - En cas de syndrome d'Ogilvie, le traitement de première intention est chirurgical.
B - En cas de perforation diastasique du colon, le traitement repose sur une colostomie d'amont.
C - En cas d'obstruction par un cancer du côlon, le traitement repose sur la résection de la tumeur.
D - Une sigmoïdectomie à froid est discutée en cas de volvulus du sigmoïde.
E - Le traitement du fécalome est médical.

QCM 10	Concernant le volvulus du sigmoïde, (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'occlusion est le plus souvent subtotale.
B - Le traitement est chirurgical.
C - Le météorisme est minime.
D - L'état général est conservé.
E - L'opacification rectale montre une image en bec d'oiseau.

QCM 11	A propos de l'abdomen sans préparation. (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est l'examen de première intention devant un syndrome occlusif.
B - C'est un examen très peu irradiant.
C - Dans un syndrome occlusif du grêle, les niveaux hydro-aériques sont plus larges que hauts.
D - Le syndrome jonctionnel est mis en évidence dans les occlusions fonctionnelles.
E - Dans un syndrome occlusif du colon, les niveaux hydro-aériques sont plus hauts que larges.

QCM 12	Dans quelles situations la prise en charge du syndrome occlusif est une chirurgie en urgence, les examens complémentaires ne devant pas retarder la prise en charge : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Défense abdominale.
B - Hernie étranglée.
C - Météorisme majeur.
D - Acidose métabolique et hyperkaliémie.
E - Occlusion digestive basse chez un patient suivi pour un cancer colo-rectal.

QCM 13	A propos de l'occlusion intestinale basse, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le début est le plus souvent progressif.
B - La cause la plus fréquente est l'occlusion sur cancer colo-rectal.
C - L'arrêt des matières et gaz est tardif.
D - Le météorisme abdominal est majeur.
E - Sur les clichés couchés d'ASP, de fines valvules conniventes sont visualisées.

QCM 14	Quel examen complémentaire est obligatoire en cas d'occlusion intestinale aigue (1 réponses)

A - Ionogramme sanguine.
B - Bilan pré-opératoire: NFS + plaquettes, coagulation.
C - Un ASP.
D - Un TDM abdomino-pelvien injecté sauf contre-indications.
E - Une échographie abdominale.

QCM 15	Lesquelles de ces propositions sont vraies concernant le mécanisme de l'occlusion ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'étranglement herniaire est une occlusion intestinale haute par strangulation.
B - Une tumeur ovarienne est à l'origine d'une occlusion par iléus réflexe.
C - L'hématome pariétal donne une occlusion par obstruction.
D - Le volvulus du caecum est une occlusion intestinale haute par strangulation.
E - La tuberculose entraîne une occlusion intestinale haute par obstruction.

QCM 16	Parmi ces propositions, lesquels sont des causes intra-luminales d'occlusion mécanique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Bézoard.
B - Appendicite mésocoeliaque.
C - Iléus biliaire.
D - Fécalome.
E - Hématome pariétal par surdosage en AVK.

QCM 17	Concernant les occlusions sur brides: (Jusqu'à 5 réponses)

A - Une occlusion sur bride est possible plus de 30 ans après une chirurgie abdominale.
B - Elles représentent la cause la plus fréquente d'occlusion digestive basse par strangulation.
C - Il faut stabiliser le patient plusieurs jours en réanimation avant la chirurgie en cas de signes de choc.
D - Le traitement est toujours chirurgical pour sectionner la bride.
E - La chirurgie par voie laparoscopique est aussi pourvoyeuse de brides.

QCM 18	A propos de l'étranglement herniaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le TDM abdomino-pelvien injecté en urgence permet de faire le diagnostic positif et de gravité.
B - C'est une occlusion mécanique extra-luminale.
C - Le syndrome occlusif est grêlique.
D - C'est une occlusion mécanique par obstruction.
E - C'est une urgence chirurgicale.

QCM 19	Concernant les occlusions mécaniques par obstruction : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La distension d'amont est due à la fermentation des gaz et aux sécrétions digestives.
B - Il y a une hypernatrémie liée à la déshydration intra-cellulaire.
C - Le troisième secteur et les vomissements entrainent une hypovolémie.
D - Il y a un risque de perforation diastasique du colon si la valvule de Bauhin est continente.
E - Il y a un risque majeur de nécrose pariétale par souffrance vasculaire.

QCM 20	Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes d'occlusion fonctionnelle ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Alcalose métabolique.
B - Colique néphrétique.
C - Opiacés.
D - Hypocalcémie.
E - Diabète.

QROC 1	Citez les 4 signes cliniques définissant le syndrome d'occlusion intestinale. (4 mots).
QROC 2	Quel est le trouble acido-basique le plus fréquemment retrouvé en cas d'occlusion intestinale haute ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 3	Citez trois causes d'obstacle mécanique extra-luminale. (3 mots).
QROC 4	Quel est le traitement de première intention de la colectasie aigue idiopathique (absence d'arrêt du produit de contraste au lavement aux hydrosolubles) ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Citez trois causes d'occlusion intestinale haute par obstruction. (3 mots).
QROC 6	Quels sont les 3 points de l'examen cliniques indispensables permettant de faire le diagnostic étiologique de l'occlusion cliniquement ? (3 mots).
QROC 7	Quels sont les trois signes cliniques à rechercher, devant faire redouter une nécrose intestinale en cas d'occlusion par strangulation ? (3 mots).
QROC 8	Citez trois classes médicamenteuses à l'origine d'un syndrome occlusif paralytique. (3 mots).
QROC 9	Quel est l'examen morphologique de première intention devant un tableau de syndrome occlusif sans urgence chirurgicale à la clinique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Citez trois causes d'occlusion intestinale haute par obstruction. (3 mots).
QROC 11	Quelles sont les données scannographiques en cas d'occlusion mécanique (anses) ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quels sont les principes du traitement de première intention d'une occlusion par volvulus du sigmoïde ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Citez trois causes d'occlusion haute par strangulation. (3 mots).
QROC 14	Quel est le mécanisme de l'occlusion intestinale en cas de pancréatite aigüe ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels sont les mécanismes de l'hypovolémie dans l'occlusion intestinale mécanique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quels sont les trois principaux mécanismes d'une occlusion intestinale ? (3 mots).
QROC 17	Quel est le traitement de première intention d'une occlusion intestinale basse sur fécalome ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Citez deux causes d'occlusion digestive basse par strangulation. (2 mots).
QROC 19	Quelles sont les complications graves d'une souffrance vasculaire dans le cadre d'une occlusion par strangulation ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Citez trois causes d'obstacle mécanique intra-luminal. (3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	0.5	**Réponse : ABCE** • La déshydratation, tachycardie et fièvre sont des signes de complication.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	0.5	
	E -	V	0.5	
	F -	F	1	
	G -	F	0.5	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : AB** • La nécrose intestinale entraîne une hyperkaliémie. • C'est la compression veineuse entraînant une stase qui est responsable de l'extravasation majeure de plasma et sang. • La perforation liée à la nécrose pariétale est située au niveau de la paroi nécrosée.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : AD** • La maladie de Crohn et l'iléite radique sont des causes d'occlusion mécanique pariétale.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : B** • En cas d'iléus biliaire, il faut d'abord lever l'obstruction en enlevant le calcul par traitement chirurgical, puis la fermeture de la fistule sera faite à froid. • L'étranglement herniaire est une urgence chirurgicale. • En cas de sténose inflammatoire, le syndrome occlusif s'améliore le plus souvent sous traitement médical symptomatique de l'occlusion, et étiologique de l'inflammation. • La carcinose est responsable d'une compression externe.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Chez l'adulte, une invagination intestinale aigüe doit faire rechercher une tumeur intestinale ou mésentérique. • Le traitement est chirurgical à la recherche d'une cause à l'invagination.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BCE** • La palpation des orifices herniaires et des cicatrices abdominales recherche une éventration ou hernie étranglée. • Le toucher rectal recherche une masse, un fécalome, une béance anale, des signes d'irritation péritonéale.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : ACE** • En cas de nécrose intestinale, il y aura un défaut de réhaussement pariétal après injection au scanner, des bulles d'air dans la paroi, puis une perforation digestive.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Les vomissements sont tardifs et fécaloïdes dans l'occlusion basse. Ici, ils sont précoces et alimentaires ou biliaires. • Il y a souvent une altération majeure de l'état général, avec déshydratation.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : DE** • Pour le syndrome d'Ogilvie, le traitement est une exsufflation endoscopique. • En cas de cancer du côlon, le traitement de référence est chirurgical avec une colostomie d'amont. La résection tumorale sera faite dans un second temps après le bilan de la maladie.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ADE** • Le traitement est le plus souvent une détorsion endoscopique puis mise en place d'un tube de Faucher. • L'occlusion est située très bas au niveau du colon et le météorisme est majeur.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 11	A -	F	1	**Réponse : CE** • L'ASP n'a plus d'indication dans les syndromes occlusifs : il est moins performant que le TDM, fait perdre du temps et irradiant. • Il n'y a pas de syndrome jonctionnel dans les occlusions fonctionnelles.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ABD** • La défense abdominale et les signes biologiques sont le témoin d'une souffrance digestive aigue • La hernie étranglée est un diagnostic clinique et une urgence chirurgicale.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ABD** • L'arrêt des matières et gaz est précoce et les vomissements tardifs et fécaloïdes. • Ce sont de grosses haustrations coliques qui sont visibles à l'ASP.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	5	**Réponse : A** • L'ASP n'est plus recommandé • Le TDM ne doit pas retarder la prise en charge d'une urgence chirurgicale. • Ionogramme pour évaluer le retentissement. • Le bilan pré-opératoire n'est pas obligatoire en cas de traitement médical.
	B -	F	0	
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La tumeur ovarienne donne le plus souvent une occlusion par obstruction (compression extrinsèque). • Le volvulus du caecum est une occlusion intestinale basse.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ACD** • L'appendicite mésocoeliaque donne un syndrome occlusif par iléus réflexe. • L'hématome pariétal est une cause de syndrome occlusif mécanique pariétal.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : AE** • L'occlusion sur brides est une cause d'occlusion digestive haute. • En cas de signes de choc, le traitement chirurgical est une urgence absolue. • Si l'occlusion est bien tolérée, un traitement médical peut-être tenté en hospitalisation, avec test à la gastrograffine.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : BCE** • Le diagnostic est clinique et doit faire réaliser une chirurgie en urgence. • C'est une occlusion mécanique extra-luminale, le mécanisme est la strangulation.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ACD** • Une hyponatrémie est retrouvée par la teneur élevée en sodium des liquides digestifs. • C'est dans la strangulation que le méso est tordu et les vaisseaux souffrent.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BCE** • C'est l'hypercalcémie et l'alcalose métabolique qui entraînent une pseudo-occlusion fonctionnelle. Le traitement est avant tout étiologique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Douleur abdominale. • Arrêt des matières et gaz. • Nausées/Vomissements. • Météorisme.	1 1 1 1	• Ils sont plus ou moins prononcés en fonction du siège de l'occlusion intestinale.
QROC 2	• Alcalose métabolique.	2	• Du fait des vomissements acides. • Il y a aussi une hypokaliémie, une insuffisance rénale aigue fonctionnelle à la biologie.
QROC 3	3 parmi : • Brides / Adhérences. • Tumeur intra-péritonéale/ Carcinose péritonéale. • Volvulus. • Hernie étranglée.	1+1 +1	• Il y a un syndrome jonctionnel au scanner. • Il faut différencier par la clinique les syndromes occlusifs hauts et bas.
QROC 4	• Exsufflation endoscopique.	1	• Il fait parfois avoir recours à plusieurs séances d'exsufflation.
QROC 5	3 réponses parmi : • Tumeur du grêle / Carcinose péritonéale. • Maladie de Crohn, tuberculose = inflammatoire. • Entérite radique. • Iléus biliaire. • Parasitose. • Compression extrinsèque / Adénopathie /Tumeur. • Hématome pariétal.	1+1 +1	• Il y a des obstacles intra-luminaux, pariétaux ou extra-digestifs. • Le syndrome occlusif est parfois précédé d'un syndrome de Koenig. • L'iléus biliaire est une complication de la cholécystite très rare de nos jours.
QROC 6	• Palpation des orifices herniaires et d'éventration. • Inspection des cicatrices abdominales. • Toucher rectal.	2 2 2	• Le diagnostic d'hernie étranglée est une urgence chirurgicale ne nécessitant pas de confirmation par le TDM. • Le toucher rectal recherche une tumeur, un fécalome, une béance anale.
QROC 7	• Choc. • Douleur intense. • Défense.	1+1 +1	• En cas de suspicion de nécrose intestinale, le traitement est chirurgical en urgence pour détorsion de l'anse et résection de l'intestin nécrosé.
QROC 8	• Anticholinergiques. • Opiacés. • Neuroleptiques.	1+1 +1	• L'ensemble du tube digestif est dilaté, il n'y a pas de syndrome jonctionnel au scanner.
QROC 9	• Scanner. • Abdomino-pelvien. • Injecté.	1 1 1	• Bien détailler l'examen demandé. • Il faut s'assurer de l'absence d'insuffisance rénale avant l'injection du scanner.
QROC 10	• Cancer colo-rectal. 2 parmi : • Fécalome. • Syndrome d'Ogilvie/ Colectasie. • Sténose inflammatoire.	2 1+1	• Il faut toujours craindre un cancer colo-rectal ++. •

QROC 11	• Anses d'amont dilatées. • Anses d'aval plates. • Syndrome jonctionnel.	1 1 1	• En cas d'occlusion fonctionnelle, il n'y a pas de zone de transition entre les anses dilatées et les anses plates.
QROC 12	• Détorsion endoscopique. • Tube de Faucher. • Sigmoïdectomie à froid.	1 1	• L'indication de la sigmoïdectomie à froid est discutée en fonction du risque de récidive.
QROC 13	3 parmi : • Volvulus du grêle. • Hernie étranglée. • Invagination intestinale. • Bride.	1+1 +1	• L'occlusion sur bride est la cause la plus fréquente, à fortiori en cas d'antécédent de chirurgie abdominale. • Il faut rechercher une tumeur du grêle en cas d'invagination intestinale chez l'adulte.
QROC 14	• Paralytique/ Iléus réflexe.	2	• Il n'y a pas de syndrome jonctionnel au scanner. • Le traitement est d'abord celui de la pancréatite aigüe.
QROC 15	• 3ème secteur. • Vomissements.	2 2	• Il y a un risque majeur d'insuffisance rénale aigue fonctionnelle à rechercher par le dosage de la créatininémie.
QROC 16	• Obstruction. • Strangulation. • Fonctionnelle/ Paralytique.	1 1 1	• Le diagnostic du mécanisme d'occlusion intestinale permet d'orienter vers des étiologies spécifiques à chaque mécanisme.
QROC 17	• Traitement médical. • Lavements.	2 1	• Attention au risque de perforation digestive.
QROC 18	• Volvulus du caecum. • Volvulus du sigmoïde.	1 1	• L'opacification rectale par lavement aux hydrosolubles confirme le diagnostic de volvulus du sigmoïde avec arrêt du produit de contraste en bec d'oiseau.
QROC 19	• Perforation /Nécrose intestinale. • Péritonite.	2 1	• En cas de souffrance digestive, le traitement est chirurgical en urgence.
QROC 20	3 parmi : • Bézoard /Corps étranger. • Calcul biliaire. • Parasite. • Fécalome.	1+1 +1	• Il y aura un syndrome jonctionnel au scanner. • L'obstacle sera mis en évidence par le scanner. • En cas de fécalome, le diagnostic peut-être clinique avec le toucher rectal.
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Urgence chirurgicale: à jeun et sonde naso-gastrique, VVP. • Examen des orifices herniaires et cicatrices abdominales + toucher rectal. • 3 points clés : - Signes de souffrance intestinale /choc. - Niveau de l'occlusion. - Mécanisme de l'occlusion.
Etiologies	• Occlusion par strangulation : - Occlusion haute Volvulus du grêle, bride, hernie étranglée, invagination intestinale. -Occlusion basse : Volvulus du caecum, volvulus du sigmoïde. • Occlusion par obstruction : - Occlusion haute Tumeur du grêle, carcinose péritonéale, sténose inflammatoire (Crohn, tuberculose), bézoard, entérite radique, iléus biliaire, parasitose, compression extrinsèque, hématome pariétal. - Occlusion basse : Cancer colo-rectal, syndrome d'Ogilvie, fécalome, sténose inflammatoire. • Occlusion fonctionnelle : - Iléus réflexe = colique néphrétique, infection pleuro-pulmonaire, IDM, grossesse extra-utérine, torsion de kyste ovarien, traumatisme du rachis, hématome du psoas, pancréatite aigüe, appendicite, péritonite, infarctus mésentérique. - Pseudo-obstruction : hypercalcémie, hypokaliémie, acidose, opiacés, anticholinergiques, neuroleptiques, diabète, hypothyroïdie, sclérodermie, syndrome d'Ogilvie.
Clinique	• Syndrome occlusif : - Douleurs abdominales. - Nausées et vomissements : précoces (haut) ou fécaloïdes et tardifs (bas). - Arrêt des matières et gaz. : abolition des bruits hydro-aériques. - Météorisme abdominal : occlusion haute ++. • Complication : - Déshydratation extra ou intra-cellulaire. - Fièvre. - Nécrose intestinale : choc, défense abdominale, douleur. • Diagnostic étiologique : - Palpation des orifices herniaires. - Inspection des cicatrices abdominales. - Toucher rectal.
Examens complémentaires	• ASP N'est plus indiqué dans cette indication. Niveaux hydro-aériques plus hauts que larges= occlusion colique. NHA plus larges que hauts = occlusion grêlique. • TDM abdomino-pelvien injecté : Niveaux hydro-aériques. Siège et nature de l'occlusion : syndrome jonctionnel ? Signes de souffrance digestive. Occlusion haute= valvules fines conniventes vs occlusion hautes= haustrations larges. • Volvulus du sigmoïde : images typiques

	Anse sigmoïdienne dilatée en arceau entourée par 2 niveaux liquidiens. Arrêt du produit de contraste en bec d'oiseau à l'opacification rectale. • PAS D'EXAMENS MORPHOLOGIQUES SI HERNIE ETRANGLEE OU SOUFFRANCE DIGESTIVE++. • Biologie : Ionogramme sanguin et fonction rénale.
Traitement	A jeun, sonde naso-gastrique et VVP. • Chirurgie en urgence avec risque de colostomie transitoire. - Signes de souffrance digestive : perforation, péritonite, choc. - Hernie étranglée : réduction et réparation pariétale, résection intestinale si souffrance. • Chirurgie : - Occlusion haute complète : section d'une bride, résection d'une tumeur du grêle. - Colectomie droite pour un volvulus du caecum et anastomose en 1 temps. - Stomie de décharge si CCR. • Traitement endoscopique : - Rectoscopie au tube rigide et tube de Faucher pour un volvulus du sigmoïde. Puis sigmoïdectomie et anastomose colo-rectale à froid. - Exsufflation endoscopique si colectasie aiguë / syndrome d'Ogilvie. • Traitement médical : - Occlusion haute incomplète : test à la chromograffine et surveillance hospitalière. - Lavements pour un fécalome.
Complications	• Troisième secteur : hypovolémie relative et insuffisance rénale aigue fonctionnelle. • Déshydratation et troubles hydro-électrolytiques : vomissements ++. • Alcalose métabolique. • Perforation diastasique du caecum. • Souffrance digestive si strangulation : Torsion vasculaire, favorise le passage de germes dans le péritoine et la circulation. Ischémie artérielle avec nécrose de la paroi et perforation.

UE questions isolées — Item 350

1 Enoncé

QCM 1	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes d'hémorragie digestive haute ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Gastropathie d'hypertension portale. B - Tumeur du grêle. C - Fistule aorto-digestive. D - Cancer du larynx. E - Œsophagite.	
QCM 2	**Concernant l'hémorragie digestive haute par rupture de varices oesophagiennes, (Jusqu'à 5 réponses)**
A - La ligature endoscopique des VO est possible en urgence, à titre hémostatique. B - C'est un facteur de risque de décompensation de la cirrhose sous-jacente. C - La pose de clips par voie endoscopique permet de contrôler l'hémorragie. D - En cas d'échec des gestes d'hémostase endoscopique, le traitement repose sur la pose d'un TIPS par voie chirurgicale. E - Le traitement préventif secondaire comprend des béta-bloquants.	
QCM 3	**Lesquelles de ces propositions permettent d'évaluer la gravité d'une hémorragie digestive ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Quantité de pertes sanguines. B - Fréquence cardiaque C - Lipothymies. D - Tension artérielle. E - Signes de choc.	
QCM 4	**Lesquelles de ces affections sont des causes d'hématémèse ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Wirsungorragie. B - Angiodysplasies du grêle. C - Hémobilie. D - Iléite inflammatoire (maladie de Crohn). E - Aucune de ces propositions.	
QCM 5	**Lesquelles de ces données de l'examen clinique orientent vers un infarctus mésentérique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Diarrhée aigüe sanglante. B - Abolition des bruits hydro-aériques. C - Douleurs abdominales brutales. D - Défense abdominale. E - Fièvre.	
QCM 6	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes d'hémorragie digestive basse ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Angiodysplasie colique. B - Maladie du Rendu-Osler. C - Diverticule de Meckel. D - Tumeurs du grêle. E - Diverticulose colique.	
QCM 7	**A propos des hémorragies digestives basses, lesquels de ces examens sont utiles dans l'urgence : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Coloscopie totale. B - Rectosigmoïdoscopie. C - Angioscanner abdomino-pelvien. D - Fibroscopie oeso-gastro duodénale. E - Vidéocapsule.	

QCM 8	Lesquels de ces examens doivent être faits avant la FOGD en cas d'hémorragie digestive haute massive avec choc hémorragique ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Scanner thoraco-abdomino-pelvien injecté.
B - Détermination du groupe sanguin.
C - Artériographie.
D - Bilan de coagulation ; TP, TCA.
E - NFS+ plaquettes.

QCM 9	Quelles propositions sont vraies à propos des rectorragies ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement se fait toujours en hospitalisation.
B - Elles peuvent-être responsables d'un choc hémorragique.
C - Une coloscopie doit être programmée à distance de l'épisode.
D - Une recherche de sang dans les selles doit-être programmée à distance.
E - Elles peuvent traduire une lésion digestive haute.

QCM 10	A propos du traitement de l'hémorragie digestive haute par érosions gastro-duodénales : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les injections d'adrénaline par voie endoscopique sont à visée hémostatique.
B - En cas de caillot adhérent sans saignement visualisé à la FOGD, il n'est pas nécessaire de faire de geste d'hémostase.
C - Il est possible de poser des clips en cas d'hémorragie active.
D - Les vasopresseurs de type somatostatine ou terlipressine sont indispensables.
E - Le traitement par IPP est poursuivi à vie.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles sont des facteurs de risque d' l'hémorragie digestive haute ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Prise d'anticoagulants.
B - Anti-inflammatoires non stéroïdiens.
C - Inhibiteurs de recapture de la sérotonine.
D - Prise de corticoïdes.
E - Infection par Helicobacter pylori.

QCM 12	Quelles techniques d'hémostase endoscopiques sont réalisables dans le cadre d'une rupture de varices oesophagiennes avec saignement actif ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Pose de clips.
B - Sonde de tamponnement de Blakemore
C - Injection d'adrénaline.
D - Sclérose des varices.
E - Ligature endoscopique.

QCM 13	Avec quels solutés de remplissage remplir un patient en choc hémorragique pour hémorragie digestive haute ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Cristalloïdes.
B - Colloïdes.
C - Culots de globules rouges.
D - Albumine humaine 20%.
E - Sérum salé isotonique.

QCM 14	Lesquelles de ces proposition sont un traitement hémostatique en urgence de l'hémorragie par érosions gastro-duodénales. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Les clips.
B - La sclérose.
C - Le tamponnement par sonde de Blakemore.
D - Le TIPS.
E - L'injection d'adrénaline.

QCM 15	A propos de l'hémorragie digestive par érosion gastro-duodénale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il y a une contre-indication formelle à l'utilisation ultérieure d'AINS.
B - Elle peut se traduire par des méléna s.
C - Des biopsies gastriques sont faites pendant la FOGD en urgence à la recherche d'H. pylori.
D - C'est une cause fréquente d'hématémèse.
E - Un traitement d'éradication d'H. pylori est fait en systématique (sans nécessiter une preuve bactériologique).

QCM 16	Dans lesquelles de ces situations faut-il prescrire un inhibiteur de la pompe à protons en plus des AINS ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Antécédent d'ulcère gastro-duodénal compliqué.
B - Co-prescription d'anticoagulants.
C - Age > 55 ans.
D - Trouble du rythme cardiaque.
E - Co-prescription de corticoïdes.

QCM 17	A propos de la recto-colite hémorragique : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elle entraîne fréquemment des méléna.
B - Le traitement est chirurgical d'emblée.
C - Des hématémèses sont possibles.
D - Le diagnostic est histologique.
E - Les rectorragies recouvrent les selles.

QCM 18	Quels traitements donner avant la FOGD dans une hémorragie digestive haute aigue ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Inhibiteurs de la pompe à protons IV.
B - Erythromycine IV.
C - Erythromycine per os.
D - Vasopresseurs.
E - Anticoagulation préventive.

QCM 19	A propos de l'hémorragie digestive haute par hypertension portale : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Il faut toujours prescrire un traitement vasopresseur par voie intra-veineuse.
B - Une antibioprophylaxie par fluoroquinolones est systématique.
C - L'objectif pour la valeur de l'hémoglobine après transfusion est de 110g/L.
D - L'hémostase endoscopique est nécessaire en cas d'hémorragie par gastropathie d'hypertension portale.
E - Un traitement par laxatifs osmotiques permet de diminuer le risque d'encéphalopathie hépatique.

QCM 20	Concernant les manifestations de l'hémorragie digestive : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un choc hémorragique sans extériorisation doit faire évoquer une hémorragie digestive basse.
B - Une hémorragie digestive occulte se traduit par une anémie par carence martiale.
C - En cas de méléna, la lésion est en aval de l'angle colique droit.
D - L'hématémèse est une hémorragie digestive haute.
E - En cas de rectorragies, l'hémorragie digestive se situe en amont de l'angle colique droit.

QROC 1	Citez trois causes d'hémorragie digestive haute. (3 mots).
QROC 2	Quels examens morphologiques permettent de guider l'embolisation radiologique avant et pendant le geste ? (1 à 3 mots).
QROC 3	Citez trois causes de colites entraînant des rectorragies : (3 mots).
QROC 4	Quel est le traitement préventif secondaire d'une récidive hémorragique après rupture de varices oesophagiennes ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Citez trois signes cliniques à rechercher permettant d'évaluer la gravité de l'hémorragie. (3 mots).
QROC 6	Quelles sont les trois causes d'hémorragie digestive haute due à l'hypertension portale ? (3 mots).
QROC 7	Quel traitement sera prescrit au décours de la FOGD en cas d'hémorragie par érosion gastro-duodénale ? (1 mot).
QROC 8	Quels sont les deux facteurs de risque associés à la survenue d'une hémorragie digestive haute ? (2 mots).
QROC 9	Quel examen morphologique faut-il absolument programmer en cas de rectorragies ? (1 mot).
QROC 10	A l'aide de quels solutés remplir un patient en instabilité hémodynamique suite à une hémorragie digestive aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 11	Quelle cause d'hémorragie digestive haute cataclysmique faut-il redouter chez un patient avec une masse abdominale pulsatile et expansive ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 12	Quels sont les deux traitements vasoactifs indiqués dans le traitement de l'hémorragie digestive haute par rupture de varices oesophagiennes ? (2 mots).
QROC 13	Quels sont les signes et symptômes orientant vers une hémorragie digestive haute ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 14	Quelles données de l'examen clinique orienteront vers un infarctus mésentérique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous en IV avant la FOGD en cas d'hémorragie digestive haute ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Citez trois causes ano-rectales de rectorragies. (3 mots).
QROC 17	Quels traitements préventifs sont à prescrire pour éviter des complications de la cirrhose à court terme, après une hémorragie digestive haute par rupture de varices oesophagiennes ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quels sont les deux principaux diagnostics différentiels de l'hématémèse à éliminer à l'examen clinique ? (2 mots).
QROC 19	Quel examen doit-être réalisé en première intention devant une hémorragie digestive haute, à but diagnostic, pronostic et thérapeutique ? (1 mot).
QROC 20	Citez trois causes d'hémorragie digestive dont l'origine est dans l'intestin grêle. (3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cota Tion	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Le cancer du larynx ne donne pas d'hématémèse, la provenance du saignement n'est pas digestive. • La tumeur du grêle donne une hémorragie digestive basse.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABE** • La pose de clips est utile pour contrôler l'hémorragie digestive haute liée à une ulcération gastro-duodénale. • Pour les varices oesophagiennes, les techniques possibles sont : la ligature endoscopique, la sclérose ou l'injection de colle. • La pose de TIPS est sous contrôle radiologique en première intention, et par voie chirurgicale en cas d'échec.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	F	1	**Réponse : BCDE** • La quantification des pertes sanguines est un mauvais indicateur de gravité de l'hémorragie. • Les paramètres cliniques doivent évaluer le retentissement sur l'hémodynamique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : AC** • La maladie de Crohn et les Angiodysplasies peuvent donner des méléna et rectorragies.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABC** • Il faut l'évoquer, surtout en cas de douleurs post-prandiales chroniques pré-existantes.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • La maladie du Rendu Osler est une angiomatose familiale. • La diverticulose colique a deux complications : l'infection et l'hémorragie.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	F	1	**Réponse : BCD** • La FOGD est faite en urgence en première intention à la recherche d'une cause digestive "haute" aux rectorragies. • L'angioscanner et la rectosigmoïdoscopie sont utiles pour le diagnostic étiologique, ils peuvent-être utiles en cas d'hémorragie digestive basse. • La coloscopie n'est pas réalisable en urgence, elle nécessite une préparation colique et le plus souvent une anesthésie générale. Elle sera cependant faite obligatoirement à distance en cas d'hémorragie digestive basse. Les résultats de la vidéocapsule sont longs et nécessitent une préparation digestive préalable, cet examen n''est donc pas adapté à l'urgence.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : BDE** • L'angioscanner est indiqué en cas d'échec du traitement hémostatique sous FOGD. • L'artériographie sera alors réalisée pour emboliser les artères en cause.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	F	1	**Réponse : BCE** • En cas de rectorragies d'allure clairement proctologiques, peu abondantes et bien tolérées, le traitement et la surveillance peuvent se faire en ambulatoire. • Il est inutile de faire une recherche de sang dans les selles, d'autant plus qu'elle pourrait être négative. Il faut programmer d'emblée une coloscopie. Même si la procidence hémorroïdaire est retrouvée, elles peuvent cacher un cancer colo-rectal sous-jacent.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM	Item	Rép.	Pts	Réponse / Commentaires
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : AC** • Les gestes hémostatiques sont nécessaires en cas de saignement actif, de caillot ou de vaisseau visible. • Le traitement par vasopresseur est utile dans la rupture de varices oesophagiennes dans un contexte de cirrhose. • Le traitement par IPP est poursuivi pendant plusieurs jours.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : BCE** • La prise de corticoïdes aggrave les lésions induites par les AINS sur la muqueuse gastrique. • La prise d'anticoagulants est un facteur de gravité de l'hémorragie digestive. • La prise de corticoïdes et d'anticoagulants seules ne sont pas associée à un risque d'hémorragie digestive.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 12	A -	F	1	**Réponse : BDE** • L'injection d'adrénaline et la pose de clips sont adaptées à la prise en charge de l'hémorragie digestive par érosion gastro-duodénale.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : ACE** • Les colloïdes n'ont presque plus d'indication pour le remplissage vasculaire dans les chocs. • L'albumine humaine est très couteuse et réservée à certaines indications avec hypoalbuminémie sévère. • Il faut remplir les patient avec des cristalloïdes (sérum salé) et selon la tolérance, avec des culots globulaires.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AE** • Les propositions B, C et D correspondent à des techniques de prise en charge de la rupture de varices oesophagiennes.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BD** • En cas d'utilité absolue des AINS, ils peuvent-être poursuivis sous couvert d'IPP. • La recherche d'H. pylori est systématiquement programmée lors d'une FOGD à distance. En cas de positivité, il faudra l'éradiquer.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ABE** • C'est l'âge > 65 ans qui justifie la prescription d'IPP.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	F	1	**Réponse : D** • Les mélénas sont liés à une atteinte du tube digestif en amont de l'angle colique droit. • Le traitement est médical. • Les rectorragies sont classiquement mélangées aux selles, contrairement aux rectorragies liées à la pathologie hémorroïdaire.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : ABD** • Les patients sont à jeun avant la FOGD, il faut donner les médicaments per os. • Les patients avec une hémorragie digestive ne doivent surtout pas recevoir de traitement anticoagulant.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABE** • L'objectif transfusionnel est à 8g/L, afin de prévenir les récidives hémorragiques. • Il n'y a pas de geste d'hémostase pour la gastropathie d'hypertension portale, uniquement pour les ruptures de varices. • Il faut prévenir le risque de décompensation de la cirrhose, sur hémorragie digestive : - - antibioprophylaxie de l'infection du liquide d'ascite. prévention de l'encéphalopathie hépatique.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	

QCM 20				Réponse : B
	A -	F	1	• Il faut penser à l'hémorragie digestive haute en cas de choc hémorragique sans déglobulisation : placer une sonde naso-gastrique. • L'hémorragie digestive occulte passe inaperçue et est découverte par une anémie ferriprive ou lors d'un test de dépistage du CCR. • Les rectorragies traduisent typiquement une lésion colique, mais en cas d'hémorragie digestive haute massive, le sang n'est pas digéré et il peut y avoir des rectorragies. • Les méléna traduisent une lésion en AMONT de l'angle colique droit.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	3 parmi : • Erosion/ Ulcère gastro-duodénal. • Rupture de varices oesophagiennes. • Syndrome de Mallory Weiss. • Œsophagite. • Gastropathie d'hypertension portale. • Cancer du tractus digestif supérieur.	1+1 +1	A • Les deux causes les plus fréquentes sont les érosions gastro-duodénales et l'hypertension portale.
QROC 2	• Angioscanner. • Artériographie.	2 2	• L'angioscanner permet de repérer la localisation et les rapports du vaisseau qui saigne avant l'embolisation. • L'artériographie est le guidage per-opératoire pour pouvoir emboliser un vaisseau.
QROC 3	• Colite infectieuse. • Colite inflammatoire. • Colite ischémique.	1+1 +1	• Dans les MICI, la maladie de Crohn et la recto-colite hémorragique peuvent donner des rectorragies.
QROC 4	• Béta-bloquants. • Ligature endoscopique des VO.	2 1	• La ligature endoscopique des VO est fractionnée en plusieurs séances, jusqu'à leur disparition complète.
QROC 5	3 parmi : • Fréquence cardiaque. • Tension artérielle. • Malaise. • Signes de choc.	1+1 +1	• La quantification des pertes digestives est un mauvais marqueur de gravité. • L'hémoglobine et l'hématocrite peuvent-être conservées au début de l'hémorragie aigue.
QROC 6	• Rupture de varices oesophagiennes. • Varices cardio-tubérositaires. • Gastropathie d'hypertension portale.	1 1 1	• La FOGD permet de localiser l'origine du saignement.
QROC 7	• Inhibiteurs de la pompe à protons.	2	• Par voie intra-veineuse puis per os. • Il faudra éviter les gastro-toxiques et rechercher l'H. pylori.
QROC 8	• Médicaments/ AINS/ Sérotoninergiques. • Infection par Helicobacter pylori.	1 2	• Les inhibiteurs de recapture de la sérotonine entraînent un trouble de l'hémostase primaire.
QROC 9	• Coloscopie totale.	1	• En cas de rectorragies abondantes, une FOGD devra être faite en urgence après stabilisation hémodynamique.
QROC 10	• Culots globulaires. • Macromolécules.	1+1	• Cette réanimation doit-être faite en urgence, avant la FOGD.

QROC 11	• Rupture intra-digestive de l'aorte abdominale.	2	• C'est une urgence chirurgicale majeure. • La mortalité est très importante.
QROC 12	• Terlipressine. • Somatostatine.	2 2	• Ils sont prescrits devant toute hémorragie digestive haute et poursuivis en cas de varices oesophagiennes à la FOGD.
QROC 13	• Hématémèse. • Méléna. • Anémie ferriprive /Occulte.	1 1 2	• En cas d'hémorragie digestive basse aigue, il faut tout de même rechercher une cause « haute » avec la FOGD.
QROC 14	• Douleur brutale. • Diarrhée sanglante. • Abolition des bruits hydro-aériques.	1 2 2	• C'est une urgence thérapeutique, il faut savoir y penser.
QROC 15	• Inhibiteur de la pompe à protons. • Vasopresseurs / terlipressine/ somatostatine. • Erythromycine.	1 2 1	• L'érythromycine est un accélérateur de la vidange gastrique.
QROC 16	3 parmi : • MICI. • Rectite radique. • Hémorroïdes. • Fissure anale. • Tumeur.	1+1 +1	• Il faudra faire une coloscopie totale après préparation colique, afin de rechercher une autre cause de rectorragies.
QROC 17	• Laxatifs osmotiques. • Antibiothérapie /Noroxine.	2 2	• L'hémorragie digestive est un facteur de décompensation de la cirrhose. • Ces traitements permettent de prévenir l'infection du liquide d'ascite et l'encéphalopathie hépatique.
QROC 18	• Hémoptysie. • Epistaxis postérieure déglutie.	1 1	• L'hémoptysie est contemporaine d'un effort de toux. • L'hématémèse d'un effort de vomissement. • L'examen à l'abaisse langue permet de vérifier l'absence d'épistaxis postérieure.
QROC 19	• Fibroscopie oeso-gastro-duodénale.	2	• Elle est faite en urgence après stabilisation hémodynamique.
QROC 20	3 parmi : • Angiodysplasies. • Diverticule de Meckel. • Tumeurs. • Ulcérations. • Maladie du Rendu-Osler.	1+1 +1	• La maladie de Rendu-Osler est une angiomatose familiale se traduisant par des hémorragies : épistaxis ++
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Traitement du choc avant la FOGD. • FOGD devant tout saignement massif, y compris rectorragies. • Coloscopie à distance d'une hémorragie digestive basse.
Facteurs de risque	• Médicaments : - AINS, surtout si âge > 65 ans, antécédent d'ulcère compliqué, association aux corticoïdes, à l'alcool, aux anticoagulants ou antiagrégants plaquettaires. - Sérotoninergiques. • Helicobacter pylori.
Etiologies	• Hémorragie digestive haute : - Ulcérations gastro-duodénales. - Rupture de varices oesophagiennes. - Erosions gastro-duodénales. - Œsophagite. - Syndrome de Mallory-Weiss. Signes de cirrhose, cicatrices abdominales, masse battante. • Hémorragie digestive basse : - Hémorragie diverticulaire. - Tumeur colo-rectale (bénigne ou maligne). -Angiodysplasies coliques. - Colites infectieuses, ischémiques, inflammatoires. - Rectite radique. - Ulcération traumatique rectale. - Hémorroïdes, fissures anales. - Grêle : angiodysplasie, diverticule de Meckel, ulcérations, tumeurs, maladie de Rendu-Osler. Masse abdominale, toucher rectal.
Clinique	• Hématémèse, méléna, rectorragies. • Signes d'anémie ferriprive si saignement occulte. • Choc hémorragique non extériorisé.
Prise en charge	En urgence, • **Evaluation de la gravité** : FC, TA, malaise, signes de choc. • Bilan : NFS + plaquettes, TP, TCA, groupage. Commande de CGR. • **Traitement du choc :** 2 VVP, remplissage par macromolécules +/- transfusion. Objectif FC < 100 bpm et TAS > 10 cmHg. Oxygénation. • **Traitement médical :** A jeun, sonde naso-gastrique en aspiration. IPP IV, somatostatine IV, érythromycine. • **FOGD** Diagnostic étiologique, saignement actif, geste d'hémostase. • Si échec, angioscanner puis embolisation radiologique. • Rectosigmoïdoscopie puis coloscopie totale à distance si hémorragie digestive basse.



Traitement	• Ulcère gastro-duodénal : Hémostase pendant la FOGD = adrénaline, thermocoagulation, clips. Si saignement actif, caillot ou vaisseau visible. IPP IV puis PO. Eviction gastro-toxiques, recherche d'H. pylori, • Varices oesophagiennes : Traitement vasoactif IV + hémostase endoscopique = ligature, sclérose, tamponnement par sonde à ballonnet. Si échec, TIPS radiologique ou anastomose porto-cave chirurgicale. Antibioprophylaxie de l'infection du liquide d'ascite, prévention de l'encéphalopathie. Séances de ligature oesophagiennes et béta-bloquants.

UE questions isolées — Item 351

1 Enoncé

QCM 1	**A propos de l'appendicite aigue, lesquelles de ces propositions sont la cause de l'obstruction appendiculaire ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Stercolithe. B - Hydrocholécyste. C - Hyperplasie lymphoïde liée aux infections virales ou bactériennes. D - Compression externe par une tumeur. E - Parasite.	
QCM 2	**Quelles propositions sont vraies concernant l'adénolymphite mésentérique ? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Cette maladie mimant une appendicite aigue en est sont principale diagnostic différentiel chez l'adulte/ B - Il n'y a pas de fièvre. C - La douleur de la fosse iliaque droite ne s'accompagne pas de défense. D - Elle survient après une rhinopharyngite le plus souvent. E - Le diagnostic est posé en per-opératoire le plus souvent.	
QCM 3	**Concernant l'appendicite pelvienne, (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le tableau est celui d'un syndrome occlusif fébrile. B - Les douleurs hypogastriques sont souvent au premier plan. C - Le tableau est celui d'une cholécystite aigue. D - Il existe parfois des ténesmes et faux besoins. E - Le psoïtis est un signe clinique en faveur de cette forme anatomique.	
QCM 4	**Quelles propositions sont vraies concernant le traitement de l'appendicite aigue non compliquée? (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Les antispasmodiques sont efficaces à visée antalgique. B - La chirurgie est réalisée en urgence vraie. C - La voie d'abord préférentielle est la cœlioscopie. D - L'antibiothérapie est une alternative à la chirurgie. E - L'antibioprophylaxie est préférable.	
QCM 5	**A propos de l'abcès appendiculaire, (Jusqu'à 5 réponses)**
A - La douleur en fosse iliaque droite est diffuse et pulsatile. B - C'est une complication de l'appendicite aigue catarrhale ou suppurée. C - C'est une évolution fréquente des appendicites de l'enfant. D - L'abcès est hyperdense et hypervasculaire en périphérie. E - Il y a un fébricule.	
QCM 6	**Concernant l'appendicite aigue modale non compliquée : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le syndrome inflammatoire clinique se traduit par une fièvre à 39°C. B - Un iléus réflexe est possible. C - Des nausées et vomissements sont fréquemment retrouvés. D - La décompression abdominale est douloureuse. E - Il y a une défense abdominale à la palpation du point de Murphy.	
QCM 7	**A propos de la torsion de frange épiploïque : (Jusqu'à 5 réponses)**
A - Le TDM permet de faire le diagnostic dans la plupart des cas. B - Les AINS permettent de calmer les douleurs. C - Elle est aussi appelée appendalgite. D - Le traitement est chirurgical. E - L'hyperleucocytose est absente sur le bilan biologique.	

QCM 8	Concernant l'appendicite sous-hépatique, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le tableau est celui d'un syndrome occlusif fébrile.
B - Les douleurs hypogastriques sont souvent au premier plan.
C - Le tableau est celui d'une cholécystite aigue.
D - Il existe parfois des ténesmes et faux besoins.
E - Le psoïtis est un signe clinique en faveur de cette forme anatomique.

QCM 9	Concernant les complications post-opératoires : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'anticoagulation permet de prévenir les phlébites.
B - Les antibiotiques accentuent l'iléus réflexe.
C - Un abcès de paroi entraîne des douleurs abdominales pariétales.
D - Une toilette péritonéale insuffisante peut entraîner un abcès.
E - La péritonite aigue secondaire est liée au lâchage du moignon appendiculaire.

QCM 10	A propos du traitement des appendicites aigues compliquées : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le drainage d'un abcès de grande taille est chirurgical, dans le même temps que l'appendicectomie.
B - Le plastron nécessite une antibiothérapie IV avant de programmer une appendicectomie à froid.
C - La péritonite aigue généralisée nécessite une antibiothérapie.
D - Une toilette péritonéale est nécessaire en cas d'appendicite suppurée.
E - L'iléus réflexe nécessite un traitement symptomatique.

QCM 11	A propos des examens dans l'appendicite aigue non compliquée : (Jusqu'à 5 réponses)

A - La bandelette urinaire est normale.
B - La CRP est élevée.
C - Il n'y a pas d'hyperleucocytose dans la grande majorité des cas.
D - Il faut doser les béta-HCG chez une femme en âge de procréer.
E - La lipase est demandée systématiquement, pour faire le diagnostic différentiel d'une pancréatite aigüe.

QCM 12	Parmi ces propositions, lesquelles sont des diagnostics différentiels de l'appendicite aigue modale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Iléite de la maladie de Crohn.
B - Recto-colite hémorragique.
C - Tuberculose.
D - Sarcoïdose.
E - Tumeur carcinoïde du grêle.

QCM 13	Concernant l'appendicite rétro-caecale, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le tableau est celui d'un syndrome occlusif fébrile.
B - Les douleurs hypogastriques sont souvent au premier plan.
C - Le tableau est celui d'une cholécystite aigue.
D - Il existe parfois des ténesmes et faux besoins.
E - Le psoïtis est un signe clinique en faveur de cette forme anatomique.

QCM 14	Quel(s) examen(s) complémentaire(s) est (sont) indispensable(s) au diagnostic d'appendicite aigue modale non compliquée chez un homme de 25 ans? (Jusqu'à 5 réponses)

A - NFP + plaquettes.
B - Hémocultures.
C - CRP.
D - ECBU.
E - Echographie abdominale.

QCM 15	Parmi ces propositions, lesquelles sont des signes d'irritation péritonéale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Défense en fosse iliaque droite.
B - Douleur latérale au toucher rectal (cul de sac de Douglas).
C - Fièvre > 40°C.
D - Signe de Bloomberg.
E - Il y a un pneumopéritoine.

QCM 16	Concernant les données de l'échographie abdomino-pelvienne dans l'appendicite aigue. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le stercolithe n'est pas visible en échographie.
B - Elle est indispensable pour éliminer les diagnostics différentiels chez une femme en âge de procréer.
C - Il y a un épaississement de la paroi appendiculaire.
D - Si l'appendice n'est pas visualisé, alors le diagnostic d'appendicite aigue est réfuté : l'appendice est toujours visualisable lors d'une appendicite.
E - Il y a un épaississement du diamètre de l'appendice.

QCM 17	A propos du diagnostic de l'appendicite aigue : (Jusqu'à 5 réponses)

A - L'échographie pelvienne est l'examen de première intention d'un syndrome appendiculaire typique.
B - Le TDM abdomino-pelvien injecté est l'examen de première intention d'un syndrome appendiculaire typique.
C - Le syndrome inflammatoire biologique porte sur la CRP et les lymphocytes.
D - Aucun examen morphologique n'est nécessaire en cas de syndrome appendiculaire typique chez l'homme.
E - La bandelette urinaire est réservée aux femmes en âge de procréer.

QCM 18	Concernant l'appendicite méso-coeliaque, (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le tableau est celui d'un syndrome occlusif fébrile.
B - Les douleurs hypogastriques sont souvent au premier plan.
C - Le tableau est celui d'une cholécystite aigue.
D - Il existe parfois des ténesmes et faux besoins.
E - Le psoïtis est un signe clinique en faveur de cette forme anatomique.

QCM 19	Quelles propositions sont vraies à propos du plastron appendiculaire? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le fébricule est < à 38.5°C.
B - Les anses grêles sont engainées.
C - Des signes inflammatoires cutanés peuvent-être retrouvés.
D - C'est une urgence chirurgicale.
E - C'est une infiltration inflammatoire mal limitée de la région péri-appendiculaire.

QCM 20	A propos du scanner abdomino-pelvien dans l'appendicite aigue : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Un appendice d'aspect normal au scanner ne permet pas d'éliminer l'appendicite aigue.
B - Il est injecté en l'absence d'insuffisance rénale.
C - Une infiltration de la graisse péri-appendiculaire est un argument pour le diagnostic.
D - Une opacification digestive permet un meilleur rendement de l'examen.
E - C'est l'examen de référence en première intention en cas de syndrome appendiculaire typique.

QROC 1	Quelles sont les deux principales causes d'obstruction appendiculaire à l'origine de l'appendicite aigue ? (2 mots).
QROC 2	Quel est le principal diagnostic différentiel d'une appendicite aigue chez l'enfant ? Texte libre (1 à 3 mots) ou (x mots)
QROC 3	Quels sont les deux examens radiologiques permettant de confirmer une suspicion d'appendicite aigue ? (2 mots).
QROC 4	Quelles complications post-opératoires d'une appendicite aigue non compliquée sont dues au lâchage du moignon appendiculaire ? (1 mot).
QROC 5	Quelle variante anatomique de l'appendicite aigue donne un tableau de syndrome occlusif fébrile ? (1 mot).
QROC 6	Quel est le nom du point en fosse iliaque droite où la douleur est maximale dans l'appendicite aigue ? (1 mot).
QROC 7	Quels sont les principaux diagnostics différentiels gynécologiques d'une appendicite aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quels sont les critères radiologiques permettant de poser le diagnostic d'appendicite aigue sur un TDM abdomino-pelvien injecté ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Quels sont les trois grands temps de la chirurgie viscérale dans la péritonite aigue appendiculaire ? (3 mots).
QROC 10	Quelle variante anatomique de l'appendicite aigue faut-il suspecter en cas de psoïtis ? (1 mot).
QROC 11	Citez trois signes d'irritation péritonéale. (3 mots).
QROC 12	Quel diagnostic différentiel de l'appendicite aigue évoquer en cas d'appendice normal au scanner et de la présence d'une lésion en cocarde au contact du péritoine. Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quelle variante anatomique de l'appendicite aigue donne un tableau de fièvre avec signes fonctionnels urinaires et rectaux ? (1 mot).
QROC 14	Si un ASP est fait, quelle(s) anomalie(s) devra (ont) faire évoquer le diagnostic d'appendicite aigue ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quelles sont les trois complications évolutives de l'appendicite aigue ? (3 mots).
QROC 16	Quels sont les examens complémentaires biologiques à réaliser en cas de syndrome appendiculaire chez une jeune femme de 17 ans ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelle(s) voie(s) chirurgicale(s) est (sont) recommandée(s) pour le traitement chirurgical d'une appendicite aigue non compliquée ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Quelle variante anatomique de l'appendicite aigue donne un tableau de cholécystite aigue ? (1 mot).
QROC 19	Quels sont les principes thérapeutiques spécifiques du plastron appendiculaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Quel examen simple de l'examen clinique permet d'éliminer les principaux diagnostics différentiels d'une douleur en fosse iliaque droite ? (1 mot).

2 Corrigé

<table>
<tr><th></th><th></th><th>V F</th><th>Cotation</th><th>Commentaires, conseils et coaching</th></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 1</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : ACE
• Ces facteurs obstruent l'appendice et favorise la pullulation microbienne dans cette anse borgne
• S'y développent un infiltrat inflammatoire, des lésions ischémiques et infectieuses.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 2</td><td>A -</td><td>F</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : CD
• C'est le principal diagnostic différentiel chez l'enfant.
• La fièvre est élevée > 39°C.
• Le diagnostic est radiologique : ganglions mésentériques.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 3</td><td>A -</td><td>F</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : BD
• L'appendicite pelvienne donne des douleurs hypogastriques, des SFU et rectaux.
• La bandelette urinaire, le dosage des bêta-HCG et l'échographie abdomino-pelvienne permettent d'éliminer les principaux diagnostics différentiels.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 4</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : AE
• C'est une urgence différable.
• La voie d'abord est la cœlioscopie ou laparotomie.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 5</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : ABC
• L'abcès est hypodense avec un réhaussement en périphérie.
• La fièvre est en plateau, autour de 39°C.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 6</td><td>A -</td><td>F</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : BC
• La fièvre est souvent < 38.5°C, c'est un fébricule.
• Le signe de Bloomberg signe une irritation péritonéale, l'appendicite est donc compliquée.
• La douleur est maximale à la palpation du point de McBurney.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 7</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : ABCE
• Le traitement est symptomatique médical, la chirurgie est réservée aux formes rebelles à 24-48 heures</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 8</td><td>A -</td><td>F</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : C
• Le diagnostic est évoqué à l'échographie avec l'absence de signes de cholécystite</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 9</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : ACD
• C'est la péritonite tertiaire.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 10</td><td>A -</td><td>F</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : BCE
• Le drainage d'un abcès de petite taille est chirurgical, pendant l'appendicectomie.
• En cas de gros abcès, le drainage est percutané et l'appendicectomie est programmée plusieurs mois plus tard
• La toilette péritonéale est indiquée en cas de péritonite.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td rowspan="5">QCM 11</td><td>A -</td><td>V</td><td>1</td><td rowspan="5">Réponse : ABD
• Il y a un syndrome inflammatoire biologique: augmentation de la CRP et des PNN.
• La lipase n'est pas demandée en systématique, le tableau clinique est bien différent.</td></tr>
<tr><td>B -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>C -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
<tr><td>D -</td><td>V</td><td>1</td></tr>
<tr><td>E -</td><td>F</td><td>1</td></tr>
</table>

QCM	Item	Réponse	Points	Commentaire
QCM 12	A -	V	1	**Réponse : ACDE**
	B -	F	1	• La RCH ne touche pas l'iléon.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : E**
	B -	F	1	• L'appendice se trouve entre le caecum et le psoas.
	C -	F	1	• Les douleurs sont lombaires droites et il n'y a pas de défense en FID. Le diagnostic est confirmé au scanner.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : AC**
	B -	F	1	• L'échographie abdominale n'est pas obligatoire en cas de syndrome appendiculaire typique, sauf chez les femmes chez lesquelles il faut éliminer les causes gynécologiques.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 15	A -	F	1	**Réponse : BD**
	B -	V	1	• La contracture est un signe de péritonite.
	C -	F	1	• Il n'y a pas de pneumopéritoine dans les péritonites appendiculaires.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• Le stercolithe est visualisable en échographie, et permet d'argumenter le diagnostic.
	C -	V	1	• L'échographie n'a de valeur que si l'appendice est vu.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : AD**
	B -	F	1	• Le syndrome inflammatoire biologique porte sur le CRP et les PNN.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 18	A -	V	1	**Réponse : A**
	B -	F	1	• Le tableau clinque impose une chirurgie en urgence, le diagnostic est donc per-opératoire.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 19	A -	F	1	**Réponse : BCE**
	B -	V	1	• La fièvre est > 38.5°C.
	C -	V	1	• Le traitement est médical (antibiothérapie IV) et le traitement chirurgical programmé á froid.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BCD**
	B -	V	1	• La valeur prédictive négative du scanner est proche de 100%. En cas de syndrome appendiculaire typique, une échographie est faite.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Stercolithe. • Hyperplasie lymphoïde / Infection.	2 2	• Le stercolithe peut-être visualisé à l'imagerie. • Les causes plus rares sont : bouchon muqueux, parasite, corps étranger, inflammation pariétale.
QROC 2	• Adénolymphite mésentérique.	2	• Le diagnostic est confirmé par l'échographie : visualisation d'adénopathies mésentériques. • La fièvre élevée, une rhinopharyngite récente et l'absence de défense doivent faire penser à ce diagnostic différentiel.
QROC 3	• Echographie abdomino-pelvienne. • TDM abdomino-pelvien injecté.	2 2	• L'ASP n'a pas d'indication dans cette pathologie. • L'échographie et le TDM permettent de voir : Le diagnostic positif, le stercolithe. Les complications. Les diagnostics différentiels.
QROC 4	• Abcès du Douglas. • Péritonite tertiaire.	2 2	• Il faut y penser en cas de syndrome inflammatoire clinique et biologique et de douleur au toucher rectal / contracture après la chirurgie.
QROC 5	• Appendicite méso-coeliaque.	2	• Le diagnostic est souvent posé en per-opératoire.
QROC 6	• Point de McBurney.	2	• Il est situé à la jonction du 1/3 externe entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic.
QROC 7	• Grossesse extra-utérine droite. • Salpingite aigue droite. • Torsion d'un kyste de l'ovaire droit.	2 2 2	• L'échographie et le TDM permettent d'éliminer ces diagnostics différentiels. • Ils sont donc indispensables en cas de syndrome appendiculaire chez une femme en âge de procréer.
QROC 8	• Epaississement de l'appendice. • Epaississement de sa paroi. • Inflammation de la graisse péri-appendiculaire.	2 2 2	• Le stercolithe est un argument de plus s'il est visualisé.
QROC 9	• Prélèvements infectieux. • Appendicectomie. • Toilette péritonéale.	2 1 1	• Il y a une antibiothérapie active sur les germes digestive en IV en per-opératoire et pour 7 jours. • C'est une urgence chirurgicale.
QROC 10	• Appendicite rétro-caecale.	2	• Les douleurs sont lombaires droites. • Le diagnostic est confirmé par le scanner.
QROC 11	• Signe de Bloomberg. • Contracture. • Douleur au toucher rectal/ Cul de sac de Douglas.	2 1 1	• La douleur est d'abord latérale droite au toucher rectal.

QROC 12	• Torsion de frange épiploïque / Appendalgite.	2	• Il n'y a pas d'hyperleucocytose à la biologie.
QROC 13	• Appendicite pelvienne.	2	• Les douleurs sont hypogastriques droite.
QROC 14	• Stercolithe. • Si pneumopéritoine,	2 0	• L'ASP n'est pas indiqué pour faire le diagnostic d'appendicite aigue. • Il n'y a pas de pneumopéritoine dans l'appendicite aigue.
QROC 15	• Abcès péri-appendiculaire. • Plastron. • Péritonite.	1 1 1	Formes histologiques de l'appendicite aigue : • Appendicite catarrhale. • Appendicite suppurée. • Abcès péri-appendiculaire. • Plastron. • Péritonite généralisée.
QROC 16	• Béta-HCG. • NFS + plaquettes. • CRP.	1 1 1	• La bandelette urinaire n'est pas un examen complémentaire.
QROC 17	• Laparotomie. • Laparoscopie/ Cœlioscopie.	1 1	• La laparotomie est réalisée au point de McBurney.
QROC 18	• Appendicite sous-hépatique.	2	• Il n'y a pas de signe de cholécystite à l'échographie et au scanner.
QROC 19	• Antibiothérapie IV. • Appendicectomie à froid.	1 1	• L'appendicectomie est réalisée à 2-4 mois.
QROC 20	• Bandelette urinaire.	2	• Elle est indispensable et permet d'éliminer les causes urinaires des douleurs en fosse iliaque droite : pyélonéphrite aigue droite, colique néphrétique.
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Urgence chirurgicale++
Définition	• Obstruction de la base de l'appendice par un stercolithe, hyperplasie lymphoïde, bouchon muqueux, corps étranger, parasite, iléite. • Pullulation microbienne, infiltrat inflammatoire, lésions infectieuses et ischémiques.
Clinique	• Douleur abdominale dans la FID après un début en épigastre. • Nausées, vomissements, constipation. • Fébricule. • Défense au point de McBurney. • Signe de Bloomberg, toucher rectal. • Formes cliniques : - Appendicite pelvienne= douleur hypogastrique, fébricule, SFU et rectaux. - Appendicite sous-hépatique = tableau de cholécystite aigue. - Appendicite rétro-caecale= douleurs lombaires, psoïtis, pas de défense en FID. - Appendicite méso-coeliaque = syndrome occlusif fébrile. • Terrain : Femme enceinte= tableau de cholécystite (appendice refoulé), diagnostic écho et traitement chirurgical. Nourrisson = évolution rapide vers la péritonite, symptômes aspécifiques et altération majeure de l'état général. Sujet âgé = Douleur et réaction péritonéale moins marquées.
Diagnostics différentiels	• Gynéco = salpingite, GEU, torsion de kyste ovarien, endométriose. • Pyélonéphrite aigue droite. • Adénolymphite mésentérique. Enfant après une virose des VADS, fièvre à 39°C, pas de défense. Multiples et volumineuses adénopathies mésentériques à l'échographie. • Torsion de frange épiploïque = appendalgite. Absence d'hyperpolynucléose et appendice normal à l'écho. Traitement AINS et surveillance. • Diverticule de Meckel. Diagnostic sur l'imagerie ou en per-opératoire. • Autres : MICI, tumeurs carcinoïdes du grêle, gastro-entérite aigue, diverticules du colon droit.
Examens complémentaires	• Syndrome inflammatoire biologique. • Bandelette urinaire et béta-HCG pour les diagnostics différentiels. • Echographie abdominale : - Augmentation du diamètre de l'appendice et de la paroi appendiculaire. - Aspect en cocarde. - Epanchement ou abcès péri-appendiculaire. - Stercolithe. • Scanner abdomino-pelvien injecté : - Stercolithe, épaississement de la paroi et de la taille de l'appendice. - Infiltration de la graisse péri-appendiculaire.

Prise en charge	• Diagnostique : BU et béta HCG pour éliminer les diagnostics différentiels. Echographie abdominale si typique. Syndrome appendiculaire atypique : scanner ou observation 24 heures. • Thérapeutique : A jeun, VVP. Antalgiques et antispasmodiques IV. Appendicectomie par laparotomie ou laparoscopie. - Antibioprophylaxie per-opératoire. - Prélèvements bactériologiques et toilette péritonéale si épanchement. - Etude anapath de la pièce d'appendicectomie. • Complications post-opératoires : - Hématome de paroi, abcès de paroi. - Abcès intra-abdominal par insuffisance de lavage - Abcès du Douglas par lâchage du moignon. - Iléus prolongé. - Phlébite, infection urinaire, veinite, anesthésiques.
Complications	• **Appendicite catarrhale.** • **Appendicite suppurée.** • **Abcès péri-appendiculaire**. Douleur pulsatile, iléus, fièvre à 39°C, altération de l'état général, masse de la FID. Drainage chirurgical per-opératoire si petit abcès. Drainage radiologique percutané et appendicectomie à froid (2-4 mois) si volumineux. • **Plastron**. Inflammation mal limitée de la région péri-appendiculaire. Empâtement douloureux, inflammation cutanée, fièvre 38.5°C. ECBU et 3 hémocultures Antibiothérapie IV puis appendicectomie programmée à 2-4 mois. • **Péritonite généralisée**. En un temps (d'emblée), deux temps (rupture d'abcès) ou trois temps (rupture d'abcès sur plastron). Irritation péritonéale : contracture, toucher rectal (Douglas), signe de Bloomberg. Urgence chirurgicale, antibiothérapie IV, réanimation. • **Iléus réflexe.**

UE questions isolées — Item 352

1 Enoncé

QCM	
QCM 1	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des péritonites primaires ? (Jusqu'à 3 réponses)**
	A - Infection du liquide d'ascite. B - Infection du cathéter de dialyse péritonéale. C - Péritonite par rupture d'un abcès intra-abdominal. D - Contamination per-opératoire du péritoine. E - Péritonite à pneumocoque.
QCM 2	**Quelles sont les grandes étapes du traitement d'une péritonite secondaire? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Antibiothérapie IV. B - Remplissage. C - Chirurgie en urgence. D - Dialyse péritonéale. E - Ponction d'ascite.
QCM 3	**A propos du scanner abdomino-pelvien dans la suspicion de péritonite aigue secondaire : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Un pneumopéritoine est visualisable sur cet examen. B - Un épanchement abdominal peut-être mis en évidence. C - Il est réalisé en cas d'ASP montrant un pneumopéritoine. D - La cause de la péritonite peut être retrouvée sur le TDM. E - Le TDM abdomino-pelvien est contre-indiqué en cas d'atteinte de la fonction rénale.
QCM 4	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des complications post-opératoires d'une péritonite secondaire? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Infection urinaire. B - Hématome de paroi. C - Abcès sous phrénique par lâchage de suture. D - Abcès de paroi. E - Embolie pulmonaire.
QCM 5	**Concernant les péritonites post-opératoires : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Elles surviennent le plus souvent entre le 5ème et 7ème jour post-opératoire. B - Une des causes est une plaie digestive per-opératoire. C - Le diagnostic est clinique. D - Une des causes est la fuite d'une anastomose. E - Il faut y penser devant une agitation aigue.
QCM 6	**Parmi ces propositions, lesquelles sont des causes de péritonite secondaire ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Infection du liquide d'ascite. B - Lâchage de suture post-opératoire. C - Appendicite. D - Infarctus mésentérique. E - Perforation d'un ulcère gastrique.
QCM 7	**Quelle est l'antibiothérapie probabiliste de référence dans le traitement en urgence d'une péritonite aigue secondaire ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Aminosides. B - Amoxicilline. C - Céphalosporines de 3ème génération. D - Vancomycine. E - Amoxicilline + acide clavulanique.

QCM 8	Concernant la péritonite appendiculaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - C'est une cause de péritonite primaire.
B - Un pneumopéritoine est visible sur le scanner.
C - En cas de péritonite par rupture d'abcès péri-appendiculaire, on parle de péritonite tertiaire.
D - La douleur peut débuter en épigastrique.
E - La fièvre est élevée dans la majorité des cas.

QCM 9	Concernant les péritonites tertiaires. (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement nécessite le plus souvent un séjour en réanimation.
B - Le traitement par voie radiologique est préféré.
C - Le pronostic est bon sous traitement adapté.
D - Les germes les plus souvent en cause sont des bactéries multi-sensibles.
E - Le traitement est chirurgical : traitement étiologique et toilette péritonéale.

QCM 10	Parmi ces propositions, lesquelles sont des complications de la péritonite aigue ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Coagulation intra-vasculaire disséminée.
B - Pyléphlébite.
C - Syndrome de détresse respiratoire aigüe.
D - Défaillance multiviscérale.
E - Toutes les réponses sont vraies.

QCM 11	Parmi ces propositions, lesquelles sont des signes d'irritation péritonéale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Fièvre à 39°C.
B - Psoïtis.
C - Contracture généralisée.
D - Douleur au toucher rectal.
E - Douleur à la décompression brutale abdominale.

QCM 12	Quelles stratégies anti-infectieuses sont recommandées dans le traitement de la péritonite par infection du cathéter de dialyse péritonéale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Vancomycine + aminoside en intra-veineux.
B - Céphalosporine + aminoside en intra-péritonéal.
C - Vancomycine + aminoside en intra-péritonéal.
D - Verrou anti-infectieux.
E - Céphalosporine de 3ème génération + aminoside en intra-veineux.

QCM 13	A propos de la péritonite ulcéreuse : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le début est une douleur épigastrique brutale.
B - La biologie montre un syndrome inflammatoire biologique.
C - Le pneumopéritoine se traduit cliniquement par une matité pré-hépatique.
D - Le diagnostic repose sur une FOGD.
E - Les signes infectieux sont au premier plan : fièvre et frissons.

QCM 14	Quel est le type de péritonite en cas du lâchage du moignon appendiculaire post-opératoire ? (Jusqu'à 1 réponses)

A - Péritonite primaire.
B - Péritonite secondaire.
C - Péritonite tertiaire.
D - Péritonite adhérentielle.
E - Péritonite cloisonnée.

QCM 15	Quelles stratégies anti-infectieuses sont recommandées dans le traitement de l'infection du liquide d'ascite ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Béta-lactamines.
B - Fluoroquinolones.
C - Céphalosporines de 3ème génération.
D - Amoxicilline + acide clavulanique.
E - Norfloxacine.

QCM 16	Lesquels de ces examens complémentaires sont indispensable avant la chirurgie pour la prise en charge d'une péritonite aigue secondaire ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Echographie abdominale.
B - ASP.
C - Scanner abdomino-pelvien injecté avec opacification digestive.
D - Radiographie pulmonaire.
E - Aucune réponse.

QCM 17	Parmi ces propositions, lesquelles sont des temps important du traitement chirurgical d'une péritonite aigue appendiculaire ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Toilette péritonéale.
B - Injection intra-péritonéale d'antibiotiques.
C - Biopsie péritonéale.
D - Cytologie péritonéale.
E - Appendicectomie.

QCM 18	A propos de la péritonite diverticulaire : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le début est brutal avec une douleur en coup de poignard.
B - La péritonite par perforation d'un diverticule est une péritonite tertiaire.
C - Un iléus paralytique est fréquemment associé.
D - Les syndromes inflammatoires clinique et biologique sont majeurs.
E - Il est retrouvé dans la grande majorité des cas un pneumopéritoine au scanner.

QCM 19	Quels sont les germes les plus fréquemment retrouvés dans la péritonite primaire par infection du cathéter de dialyse péritonéale ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Candida spp.
B - Bacilles gram négatifs.
C - Streptocoque béta-hémolytique du groupe A.
D - Légionellose.
E - Staphylococcus spp.

QCM 20	Lesquelles de ces causes de péritonites sont à l'origine d'un pneumopéritoine ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Infection du liquide d'ascite.
B - Péritonite diverticulaire.
C - Péritonite post-opératoire par lâchage du moignon appendiculaire.
D - Péritonite ulcéreuse.
E - Péritonite appendiculaire.

QROC 1	Citez trois signes cliniques d'irritation péritonéale. (3 mots).
QROC 2	Quels sont les deux principaux mécanismes de péritonite post-opératoire ? (2 mots).
QROC 3	Citez les deux causes les plus fréquentes de péritonite secondaire avec pneumopéritoine. (2 mots).
QROC 4	Quelles sont les étapes du traitement d'une péritonite secondaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quels sont les deux mécanismes physiopathologiques de contamination bactérienne dans la péritonite primaire ? (2 mots).
QROC 6	Quelles sont les 3 principales causes de péritonite secondaire ? (3 mots).
QROC 7	Quelles sont les trois complications évolutives d'une péritonite localisée ? (3 mots).
QROC 8	Citez les deux principales causes de péritonite secondaire avec une fièvre élevée et un syndrome infectieux marqué d'emblée. (2 mots).
QROC 9	Quelle est la voie d'abord préférentielle pour le traitement chirurgical de la péritonite aigue secondaire ? (1 mot).
QROC 10	Que traduit un tympanisme pré-hépatique à l'examen clinique, dans le cadre d'une péritonite ? (1 mot).
QROC 11	Quel examen complémentaire est formellement contre-indiqué en cas de péritonite ulcéreuse ? (1 mot).
QROC 12	Quelle est l'antibiothérapie de choix dans l'infection du liquide d'ascite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 13	Quel est le nom du traitement médical possible dans la perforation ulcéreuse non compliquée ? (1 mot).
QROC 14	Quel est le mécanisme de la péritonite dans l'infarctus mésentérique ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels sont les cas dans lesquels aucun examen complémentaire n'est nécessaire avant la prise en charge thérapeutique d'une péritonite appendiculaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 16	Quel est l'examen complémentaire de référence pour le diagnostic positif et étiologique d'une péritonite secondaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 17	Quelle est l'antibiothérapie de choix dans le traitement d'une péritonite par infection du cathéter de dialyse péritonéale ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 18	Dans quel quadrant abdominal sont situées les douleurs au début de l'évolution d'une perforation d'ulcère ? (1 mot).
QROC 19	Que faut-il vérifier avant de prescrire un TDM injecté pour le diagnostic de péritonite ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 20	Citez deux causes de péritonite primaire. (2 mots).

2 Corrigé

		V F	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• La péritonite primaire est liée à une translocation bactérienne ou une contamination par voie hématogène.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : ABC**
	B -	V	1	• La prise en charge curative repose sur ces trois grands temps: remplissage vasculaire, antibiothérapie IV et chirurgie en urgence.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABD**
	B -	V	1	• L'ASP n'a plus d'indication en cas de suspicion de péritonite, il faut faire un TDM d'emblée
	C -	F	1	• Il ne faudra pas injecter le scanner en cas d'insuffisance rénale, mais cet examen reste performant sans injection.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 4	A -	V	1	**Réponse : ABCDE**
	B -	V	1	• L'absence d'amélioration peut-être due aux complications toxiniques de la péritonite.
	C -	V	1	• Il faut cependant évoquer les complications post-opératoires ci-dessus.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABDE**
	B -	V	1	• Le diagnostic est difficile cliniquement, il faut faire un TDM injecté.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 6	A -	F	1	**Réponse : BCDE**
	B -	V	1	• La péritonite secondaire est due à une infection ou perforation intra-abdominale, une contamination per-opératoire ou un traumatisme (plaie perforante).
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AE**
	B -	F	1	• La combinaison amoxicilline + acide clavulanique est la plus active contre les germes digestifs
	C -	F	1	• Les aminosides ont une action synergique dans les sepsis sévères.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 8	A -	F	1	**Réponse : DE**
	B -	F	1	• La péritonite primaire est par translocation ou par voie hématogène. La péritonite appendiculaire est une cause de péritonite secondaire, en un (perforation digestive d'emblée) ou deux temps (rupture d'abcès).
	C -	F	1	• Il n'y a jamais de pneumopéritoine dans les péritonites appendiculaires.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : AB**
	B -	V	1	• Le pronostic est mauvais avec environ 30% de mortalité.
	C -	F	1	• L'infection est difficile à traiter, car due à des germes multirésistants.
	D -	F	1	• Le traitement chirurgical est difficile du fait du mauvais état général des patients, et des épanchements cloisonnés.
	E -	F	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : ABCDE**
	B -	V	1	• La pyléphlébite est une thrombose porte infectieuse.
	C -	V	1	• Ces conséquences systémiques sont dues à l'hyperperméabilité du péritoine aux endotoxines.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 11	A -	F	1	**Réponse : CDE**
	B -	F	1	• Le psoïtis dans l'appendicite est un signe d'appendicite retro-caecale.
	C -	V	1	• La fièvre à 39°C n'est pas synonyme de péritonite : elle est absente dans la péritonite ulcéreuse et présente dans la sigmoïdite diverticulaire sans péritonite.
	D -	V	1	
	E -	V	1	

QCM 12	A -	F	1	**Réponse : C**
	B -	F	1	• Le cathéter est conservé pendant 48 heures, et retiré en cas d'échec du traitement antibiotique.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 13	A -	V	1	**Réponse : A**
	B -	F	1	• Il n'y a pas de syndrome inflammatoire clinique ou biologique au début de l'évolution. • Le pneumopéritoine se traduit par un tympanisme pré-hépatique. • La FOGD est formellement contre-indiquée !!!
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 14	A -	F	0	**Réponse : B**
	B -	V	5	• Les péritonites sont divisées en trois classes : péritonite primaire, secondaire et tertiaire.
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	F	0	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : ACD**
	B -	F	1	• Puis l'antibiothérapie sera adaptée aux données de l'antibiogramme.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 16	A -	F	1	**Réponse : E**
	B -	F	1	• En cas de syndrome typique et/ou de signes de choc/gravité, le traitement chirurgical est indiqué et aucun examen complémentaire n'est obligatoire.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	V	1	**Réponse : ADE**
	B -	F	1	• La cytologie péritonéale est envoyée en microbiologie et permet de rechercher les germes en causes. • L'anatomopathologie est faite sur la pièce opératoire.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : CDE**
	B -	F	1	• Le début est souvent progressif, dans la continuité du syndrome infectieux lié à la sigmoïdite diverticulaire. • C'est une péritonite secondaire par infection intra-abdominale ou perforation digestive (diverticule)
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ABE**
	B -	V	1	• Ce sont les germes cutanés par effraction de la peau et colonisation du cathéter.
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 20	A -	F	1	**Réponse : BD**
	B -	V	1	• Il n'y a jamais de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire. • Les péritonites primaires n'entrainent pas de pneumopéritoine, il n'y a pas de perforation digestive.
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Contracture / défense. • Signe de Bloomberg. • Douleur au toucher rectal.	1 2 1	• Le tympanisme pré-hépatique est le signe d'un pneumopéritoine, mais il n'est pas présent en cas de péritonite primaire ou péritonite appendiculaire. • Le syndrome infectieux n'est pas constant.
QROC 2	• Lâchage de suture. • Plaie digestive per opératoire.	2 1	• Le diagnostic est plus difficile qu'une péritonite extra-hospitalière : - Les douleurs sont diminuées sous antalgiques. - L'iléus et le syndrome inflammatoire persistant sont mis sur le compte de l'évolution post-opératoire.
QROC 3	• Péritonite ulcéreuse. • Péritonite diverticulaire. • Si péritonite appendiculaire,	2 2 0	• Il n'y a jamais de pneumopéritoine dans la péritonite appendiculaire.
QROC 4	• Correction du choc / Remplissage. • Antibiothérapie IV. • Chirurgie.	1 1 1	• Un traitement médical seul est possible dans la perforation d'ulcère, mais il doit respecter des indications bien précises.
QROC 5	• Translocation. • Hématogène.	2 2	• La translocation est digestive dans l'infection du liquide d'ascite, et via le cathéter dans la dialyse péritonéale. • La péritonite à pneumocoque est par voie hématogène.
QROC 6	• Ulcéreuse. • Appendiculaire. • Diverticulaire.	1 1 1	• Les péritonites diverticulaire et appendiculaire sont par rupture d'abcès (en deux temps) ou d'emblée (en un temps).
QROC 7	• Plastron. • Péritonite généralisée. • Abcès.	2 1 1	• L'évolution vers la guérison sans traitement est rare.
QROC 8	• Péritonite appendiculaire. • Péritonite diverticulaire.	2 2	• Il n'y a pas de syndrome infectieux en début d'évolution dans la péritonite ulcéreuse.
QROC 9	• Laparotomie.	2	• La cœlioscopie est possible dans certaines indications, mais la laparotomie médiane est la voie d'abord de référence.
QROC 10	• Un pneumopéritoine.	2	• Il faut donc s'orienter vers une appendicite ulcéreuse ou diverticulaire. • Les autres causes sont plus rares.
QROC 11	• Endoscopie oeso-gastro-duodénale.	2	• Il y a un risque d'aggravation de la perforation digestive et de la péritonite.

QROC 12	• Amicilline + acide clavulanique/ C3G.	2	• Il repose aussi sur la perfusion d'albumine et la prévention de l'encéphalopathie hépatique. • Une ponction exploratrice de contrôle est indiquée à 48 heures d'évolution. • Il ne faudra pas oublier l'antibioprophylaxie secondaire prolongée.
QROC 13	• Méthode de Taylor.	2	• Les indications sont très précises • Le traitement repose sur la perfusion d'IPP en IV, une surveillance hospitalière chez un patient à jeun avec une sonde naso-gastrique.
QROC 14	• Perforation digestive. • Nécrose.	2 2	• La nécrose intestinale par ischémique induit une fragilisation de la paroi et une perforation.
QROC 15	• Clinique typique. • Signes de gravité /choc.	2 2	• L'urgence est à la chirurgie en cas de signes de gravité. • En cas de diagnostic clinque typique, le scanner ne doit pas retarder la prise en charge.
QROC 16	• Scanner abdomino-pelvien. • Injecté. • Avec opacification digestive.	1 1	• Il ne doit pas retarder la prise en charge thérapeutique. • En cas de signes de choc et/ou de gravité, l'urgence est à la chirurgie, il ne doit pas être fait.
QROC 17	• Aminosides. • Vancomycine.	1 1	• Les germes sont d'origine cutanée : staphylocoques ++. • L'ablation du cathéter de dialyse n'est pas systématique.
QROC 18	• Epigastrique.	1	• C'est au stade de la péritonite localisée.
QROC 19	• Fonction rénale. • Allergie au produit de contrastes. • Grossesse.	2 2 2	• La fonction rénale est souvent altérée en cas de déshydratation ou syndrome de défaillance multi-viscéral.
QROC 20	2 parmi : • Infection du liquide d'ascite. • Péritonite à pneumocoque. • Infection du cathéter de dialyse péritonéale.	1+1	• La péritonite primaire survient par translocation de germes ou par voie hématogène (pneumocoque).
		/60	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM** **Mots clés des QROC**
ZEROS	• Endoscopies contre-indiquées si perforation digestive ++.
Définition	• Péritonite primaire par translocation digestive ou voie hématogène. • Péritonite secondaire= à partir d'un foyer infectieux intra-abdominal ou perforation d'un organe digestif. • Péritonite tertiaire= malgré le traitement curatif bien conduit. • Péritonite localisée : plastron, abcès ou guérison. Péritonite généralisée
Etiologies	• Péritonite primaire Infection du liquide d'ascite, infection par le cathéter d'une dialyse péritonéale, péritonite spontanée à pneumocoque. • Péritonite secondaire Appendicite, diverticulite, ulcère gastro-duodénal, cholécystite, infarctus mésentérique, perforation diastasique, MICI. Désunion anastomotique, contamination per-opératoire. Plaie pénétrante, perforation endoscopique. • Péritonite tertiaire Germes résistants, levures
Clinique	• Douleur abdominale diffuse. • Signes péritonéaux= contracture, douleur du cul de sac de Douglas au toucher rectal, signe de Bloomberg. • Tympanisme pré-hépatique = pneumopéritoine. • Signes de gravité : choc. • Diagnostic étiologique : Douleur épigastrique t pas de fièvre dans la péritonite ulcéreuse. Douleur de la fosse iliaque gauche, syndrome infectieux si péritonite diverticulaire. Douleur en fosse iliaque droite et syndrome infectieux si péritonite appendiculaire. Si péritonite post-opératoire, à J5-7, iléus, douleur, fièvre, dégradation des fonctions vitales.
Examens complémentaires	Ne doivent pas retarder la prise en charge thérapeutique, Pas si signes de gravité (choc). • Biologie Syndrome inflammatoire biologique. Retentissement : insuffisance rénale, déshydratation, acidose métabolique. Pré-opératoire : coagulation, groupage. Hémocultures. • ASP : pneumopéritoine, niveau liquidien. Plus d'indication++ • TDM abdomino-pelvien injecté : si doute ou examen clinique difficile. Pneumopéritoine, niveau liquidien. Etiologie.

Traitement	• Chirurgical en urgence : péritonites secondaires ++ - Correction du choc : remplissage vasculaire. - Antibiothérapie IV : amoxicilline – acide clavulanique + aminoside. - Laparotomie médiane, exploration de la cavité abdominale, prélèvements bactériologiques. Traitement étiologique : suture d'ulcère, appendicectomie, résection intestinale. Toilette péritonéale avec sérum tiède, drains • Médical : -Méthode de Taylor dans la péritonite ulcéreuse non compliquée prise en charge dans les 6 heures. - Antibiothérapie par béta-lactamines si infection du liquide d'ascite. - Aminoside + vancomycine si cathéter de dialyse péritonéale. • Péritonite tertiaire : - Syndrome de défaillance multiviscérale en réanimation
Surveillance	• Hémodynamique, diurèse, transit, signes infectieux, péritonéaux. • Syndrome inflammatoire biologique, fonction rénale. • Absence d'amélioration sous traitement : Nécrose tubulaire aigue, SDRA. Lâchage de suture, abcès résiduel, antibiothérapie insuffisante. Infection urinaire, phlébite, décompensation de tare.

UE questions isolées — Item 353

1 Enoncé

QCM 1	**A propos de la douleur abdominale dans la pancréatite aigüe. (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Elle est épigastrique. B - Elle est de survenue progressive sur plusieurs jours. C - Il n'y a pas de position antalgique. D - Elle irradie dans les organes génitaux externes. E - Elle inhibe la respiration.
QCM 2	**Lesquelles de ces hyperlipidémies peuvent entrainer une hypertriglycéridémie avec risque de PA ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Hyperlipidémie de type I. B - Hyperlipidémie de type II. C - Hyperlipidémie de type III. D - Hyperlipidémie de type IV. E - Hyperlipidémie de type V.
QCM 3	**Lesquelles de ces propositions sont des complications possibles de la PA 5 jours après le diagnostic ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Infection de coulée de nécrose. B - Coagulation intra-vasculaire disséminée. C - Surinfection d'un pseudokyste pancréatique. D - Colite ischémique. E - Syndrome de détresse respiratoire aigüe.
QCM 4	**A propos de la prise en charge thérapeutique des pancréatites aigues graves: (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - L'hospitalisation en réanimation est systématique. B - Il est nécessaire de prescrire une antibioprophylaxie en prévention de l'infection de nécrose pancréatique. C - La nutrition parentérale est nécessaire en cas d'iléus réflexe important. D - Il faut poser une sonde naso-gastrique en aspiration en cas de vomissements. E - Il faut le plus souvent poser un cathéter veineux central afin de surveiller la pression veineuse centrale et de pouvoir remplir le cas échéant.
QCM 5	**Lesquelles de ces propositions sont des causes de pancréatite aigüe ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Tumeur intracanalaire papillaire et mucineuse du pancréas. B - Pancréas divisum. C - Lithiase vésiculaire. D - Hypertriglycéridémie. E - Hypocalcémie.
QCM 6	**A propos des signes cliniques dans la pancréatite aigüe. (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Il y a un arrêt des matières et gaz en rapport avec un iléus réflexe. B - Une défense abdominale est souvent retrouvée. C - La présence d'un syndrome confusionnel est un signe de gravité. D - Les vomissements sont un signe de gravité. E - La douleur est au premier plan.
QCM 7	**A propos des pancréatites aigues infectieuses, quelles propositions sont vraies ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - La distomatose entraine une PA par migration à travers le sphincter d'Oddi. B - Le CMV peut entraîner une PA virale. C - Les pancréatites aigues infectieuses sont le plus souvent dues à des infections bactériennes. D - En cas de parotidite associée à une pancréatite aigüe, il faut penser à la rougeole. E - Elles peuvent être liées à une contamination per-opératoire.

QCM 8	Parmi ces propositions, lesquelles sont des complications possibles des pseudokystes pancréatiques ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Hémorragie.
B - Rupture.
C - Compression duodénale.
D - Compression du cholédoque.
E - Surinfection.

QCM 9	A propos de la prise en charge thérapeutique des pancréatites aigues biliaires: (Jusqu'à 5 réponses)

A - La cholécystectomie est toujours indiquée.
B - La cholécystectomie est programmée à distance (1-3 mois) en cas de PA bénigne.
C - En cas d'angiocholite associée, il faut prévoir une CPRE pour pouvoir faire une sphinctérotomie endoscopique.
D - La cholécystectomie est programmée pendant l'hospitalisation en cas de pancréatite aigûe associée à une angiocholite.
E - En cas de PA bénigne, l'exploration de la voie biliaire principale peut se faire en per-opératoire de la cholécystectomie.

QCM 10	Lesquelles de ces propositions orientent plus vers une origine lithiasique à la pancréatite aigûe ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Femme > 50 ans.
B - Macrocytose.
C - Obésité.
D - Pauciparité.
E - Calcifications pancréatiques.

QCM 11	Le(s)quel(s) de ces examens permet (tent) de faire le diagnostic positif d'une pancréatite aigûe ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - LDH.
B - ASAT.
C - Echographie abdominale.
D - TDM abdomino-pelvien.
E - Lipasémie.

QCM 12	A propos des pancréatites aigues iatrogènes: (Jusqu'à 5 réponses)

A - La coloscopie se complique de PA dans 30% des cas.
B - La cholangiopancréatographie rétrograde endoscopie se complique d'une pancréatite aigûe dans 5% des cas.
C - Il faut évoquer une PA médicamenteuse en cas d'augmentation de la lipasémie sans douleurs abdominales après la prise de valproate.
D - La plupart des pancréatites aigues post-opératoires se voient après chirurgie biliaire ou gastrique.
E - Le furosémide est possiblement responsable d'une PA médicamenteuse.

QCM 13	Lesquelles de ces propositions sont des signes de gravité appartenant au score de Ranson ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - CRP > 150.
B - Age > 55 ans.
C - ASAT > 6N.
D - Leucocytes < 4G/L.
E - Nécrose de la glande pancréatique > 50%

QCM 14	A propos des complications infectieuses de la pancréatite aigûe : (Jusqu'à 5 réponses)

A - Le traitement de l'infection de nécrose repose sur le drainage radiologique.
B - Le mécanisme de l'infection des coulées de nécrose est par voie hématogène.
C - Le traitement de l'infection de nécrose nécessite une antibiothérapie.
D - La prescription de corticoïdes permet de diminuer les symptômes inflammatoires.
E - La présence de bulles d'air dans les coulées de nécrose évoque une infection par des germes anaérobies.

QCM 15	Lesquelles de ces propositions orientent vers une origine éthylique à la pancréatite aigûe ? (Jusqu'à 5 réponses)

A - Elévation des gamma-GT.
B - Augmentation en pic des transaminases avec ALAT > ASAT.
C - Surcharge pondérale.
D - Angiomes stellaires.
E - Lithiase vésiculaire.
F -

QCM 16	Lesquels de ces examens sont utiles pour le diagnostic de gravité de la PA ? (Jusqu'à 5 réponses)
	A - CRP. B - Lipasémie. C - ASAT. D - Gazométrie artérielle. E - Glycémie.
QCM 17	**Quelles propositions sont vraies concernant le traitement des pancréatites aigues bénignes ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Elles peuvent être prises en charge en ambulatoire. B - Le traitement antalgique commence par un palier 1 : paracétamol per os. C - Les patients sont à jeun stricts. D - La pose d'une sonde naso-gastrique est indispensable pour prévenir les pneumopathies d'inhalation. E - Pour éviter la dénutrition, il faut prévoir une nutrition entérale.
QCM 18	**A propos du CTSI / score de Balthazar modifié : (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Un scanner sans injection de produit de contraste est suffisant pour calculer le score. B - En cas de score entre 7 et 10 points, le pronostic est bon avec un risque très faible de PA grave. C - L'échographie est possible en cas de contre-indication au scanner. D - En cas de score entre 0 et 3, le pronostic est mauvais avec risque majeur de PA grave. E - Il varie entre 0 et 10 points.
QCM 19	**Lesquels de ces examens sont faits pour mettre en évidence une lithiase de la voie biliaire principale ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Echographie abdominale. B - Scanner abdomino-pelvien injecté. C - Echo-endoscopie. D - ASP. E - Cholangio-pancréato-IRM.
QCM 20	**Lesquelles de ces propositions traduisent une forme grave d'emblée de la PA ? (Jusqu'à 5 réponses)**
	A - Insuffisance rénale aigue. B - Occlusion intestinale. C - Etat de choc. D - Syndrome de détresse respiratoire aigüe. E - Fièvre > 39°C

QROC 1	Quelles sont les deux principales étiologies de la pancréatite aigüe, représentant 80% des causes ? (2 mots).
QROC 2	Quels sont les deux grands marqueurs de graviter à rechercher sur le TDM abdomino-pelvien injecté dans le cadre du score CTSI/Balthazar modifié ? (2 mots).
QROC 3	Quand faut-il programmer le TDM injecté dans le cadre d'une pancréatite aigüe ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 4	Quels sont les critères pour la reprise de l'alimentation dans le cadre d'une pancréatite aigüe bénigne ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 5	Quelle complication de la pancréatite aigüe faut-il évoquer devant un épanchement pleural très riche en lipase ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 6	Quels sont les trois principaux facteurs de gravité ? (2 scores et 1 signe biologique).
QROC 7	Quel est le meilleur signe biologique témoignant d'une migration lithiasique, dans le cadre d'une PA biliaire ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 8	Quand faut-il programmer l'échographie abdominale dans le cadre d'une pancréatite aigüe ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 9	Dans quel service doit-être hospitalisé un patient avec une pancréatite aigüe grave, compliquée d'un SDRA ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 10	Quelle est la principale complication tardive de la pancréatite aigüe ? (1 mot).
QROC 11	Quel est le mécanisme du syndrome occlusif dans la pancréatite aigüe ? (1 mot).
QROC 12	Quels examens permettent de mettre en évidence une lithiase de la voie biliaire principale en cas de doute à l'échographie abdominale ? (2 mots).
QROC 13	Quelles sont les trois complications de la pancréatite aigüe permettant de la classer en forme grave d'emblée ? (3 mots).
QROC 14	Quel est le traitement étiologique d'une pancréatite aigüe biliaire œdémateuse ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 15	Quels sont les 4 valeurs biologiques du score de Ranson à évaluer dès le diagnostic de pancréatite aigüe ? (4 mots)
QROC 16	Quel examen biologique permet de faire le diagnostic positif de la pancréatite aigüe devant un tableau clinique évocateur ? (1 mot).
QROC 17	Quels sont les deux principaux troubles métaboliques pourvoyeurs de pancréatite aigüe ? (2 mots).
QROC 18	Quelle est le signe permettant d'orienter vers une surinfection par des germes anaérobies d'une coulée de nécrose ? Texte libre (1 à 3 mots).
QROC 19	Quelles valeurs biologiques du score de Ranson doivent-être analysées et comparées entre J0 et J2 de la pancréatite aigüe ? (3 mots).
QROC 20	Quels examens biologiques sont obligatoires pour confirmer le diagnostic de pancréatite aigüe ? Texte libre (1 à 3 mots).

2 Corrigé

		V F	Cota tion	Commentaires, conseils et coaching
QCM 1	A -	V	1	**Réponse : AE** • La douleur est brutale, transfixiante, elle irradie dans le dos. • Les patients sont en position du chien de fusil.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 2	A -	V	1	**Réponse : AE** • La pancréatite aigüe peut être attribuée à l'hypertriglycéridémie si elle dépasse 10 mmol/L.
	B -	F	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 3	A -	V	1	**Réponse : ABDE** • La survenue des pseudokystes pancréatiques est retardée de 1 à 4 semaines après la phase aigüe.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 4	A -	F	1	**Réponse : CDE** • L'hospitalisation se fait aux soins intensifs. Les critères de réanimation sont : une défaillance viscérale, un SDRA, une insuffisance rénale aigue nécessitant la dialyse. • L'antibioprophylaxie n'est pas indiquée en prévention.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 5	A -	V	1	**Réponse : ABD** • C'est la migration lithiasique dans la voie biliaire principale d'une lithiase vésiculaire qui peut entraîner une pancréatite aigüe biliaire. • C'est l'hypercalcémie qui peut entraîner une PA.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	V	1	
	E -	F	1	
QCM 6	A -	V	1	**Réponse : ABCE** • Les vomissements sont un signe indépendant de la mortalité. • Ils imposent une sonde naso-gastrique s'ils sont incoercibles.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 7	A -	V	1	**Réponse : AB** • Le CMV entraîne une PA, surtout en cas de co-infection VIH. • Ce sont les oreillons qui entraînent une parotidite et peuvent se compliquer de PA virale.
	B -	V	1	
	C -	F	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	
QCM 8	A -	V	1	**Réponse : ABCDE** • Le diagnostic est scannographique et leur traitement est le plus souvent accessible au drainage radiologique.
	B -	V	1	
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 9	A -	V	1	**Réponse : ACE** • La cholécystectomie est programmée pendant l'hospitalisation en cas de PA bénigne. • La cholécystectomie est à distance en cas d'angiocholite. Le cholédoque est libéré par sphinctérotomie endoscopique pendant une CPRE.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 10	A -	V	1	**Réponse : AC** • Le diagnostic étiologique repose sur un faisceau d'arguments • La macrocytose est un marqueur d'imprégnation alcoolique chronique. Bien que non spécifique, elle oriente plutôt vers une PA éthylique. • Les calcifications pancréatiques sont pathognomoniques d'une pancréatite chronique calcifiante, orientant plutôt vers une origine éthylique. • Dans la plupart des cas de PA alcoolique, il n'y a pas de calcifications pancréatiques, car celles-ci apparaissent à un stade avancé de la pathologie. • C'est la multiparité qui est un facteur de risque de lithiase vésiculaire et donc de PA biliaire.
	B -	F	1	
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	F	1	

QCM	Item	V/F	Points	Correction
QCM 11	A -	F	0	**Réponse : E**
	B -	F	0	• La lipasémie > 3N associée à un tableau clinique typique permet de faire le diagnostic positif de PA.
	C -	F	0	
	D -	F	0	
	E -	V	5	
QCM 12	A -	F	1	**Réponse : BDE**
	B -	V	1	• Il faut surveiller la lipasémie après une CPRE.
	C -	F	1	• Il ne faut pas considérer une simple élévation de la lipasémie comme une PA après une prise médicamenteuse. Il faut la rechercher en cas de douleurs abdominales.
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 13	A -	F	1	**Réponse : BC**
	B -	V	1	• L'élévation de la CRP ne fait pas partie du score de Ranson.
	C -	V	1	• La nécrose pancréatique est un item du score de Balthazar modifié.
	D -	F	1	• Dans le score de Ranson, la gravité est en cas de leucocytes > 16G/L.
	E -	F	1	
QCM 14	A -	V	1	**Réponse : ACE**
	B -	F	1	• L'infection des coulées de nécrose se fait par translocation digestive.
	C -	V	1	
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 15	A -	V	1	**Réponse : AD**
	B -	F	1	• L'augmentation en pic des transaminases est un bon signe de migration lithiasique, surtout si elle est > 10N.
	C -	F	1	• La surcharge pondérale n'oriente pas vers une cause alcoolique spécifiquement.
	D -	V	1	• La présence d'une lithiase vésiculaire à l'échographie est un bon signe de PA biliaire, surtout si les calculs sont de petite taille et nombreux.
	E -	F	1	• Les angiomes stellaires peuvent-être interprétés comme un signe d'insuffisance hépato-cellulaire, dans le cadre d'une cirrhose alcoolique.
QCM 16	A -	V	1	**Réponse : ACDE**
	B -	F	1	• La lipasémie élevée est indépendante de la gravité de la pancréatite. La CRP et le score de Ranson permettent de connaitre la gravité.
	C -	V	1	
	D -	V	1	
	E -	V	1	
QCM 17	A -	F	1	**Réponse : C**
	B -	F	1	• Il faut toujours hospitaliser une pancréatite aigüe.
	C -	V	1	• Les patients sont à jeun, le traitement antalgique est par voie intra-veineuse.
	D -	F	1	• Le recours à la sonde naso-gastrique pour cause de vomissements incoercibles est rare dans les PA œdémateuses.
	E -	F	1	• La reprise de l'alimentation est le plus souvent possible dans les 7 jours, la nutrition entérale n'est pas systématique.
QCM 18	A -	F	1	**Réponse : E**
	B -	F	1	• Il faut un scanner avec injection.
	C -	F	1	• Le score va de 0 à 10 avec risque élevé de PA grave si score 7-10 et risque très faible si score 0-3.
	D -	F	1	
	E -	V	1	
QCM 19	A -	V	1	**Réponse : ACE**
	B -	F	1	• Le scanner abdomino-pelvien peut les mettre en évidence, mais il n'est pas fait dans cette optique.
	C -	V	1	• Il est réalisé à 48 heures pour le diagnostic de gravité.
	D -	F	1	• L'ASP n'a plus que très peu d'indications.
	E -	V	1	
QCM 20	A -	V	1	**Réponse : ACD**
	B -	F	1	• L'occlusion intestinale est liée à l'iléus biliaire, ce n'est pas un facteur de gravité.
	C -	V	1	• Les défaillances viscérales, l'insuffisance rénale aigue et le SDRA témoignent d'une forme grave.
	D -	V	1	
	E -	F	1	
			/100	**Total QCM**

	Réponses	Cotation	Commentaires, conseils et coaching
QROC 1	• Biliaire / Lithiasique. • Ethylique / Alcoolique.	2 2	• Ces deux causes représentent 80% des étiologies de PA. • Il y a d'autres causes plus rares : iatrogénie, métaboliques, tumorales.
QROC 2	• Inflammation pancréatique. • Nécrose.	1 1	• L'inflammation est notée sur 4 points. • La nécrose sur 6 points. • En cas de score proche de 0-3 points, il y a peu de risque de PA grave. Ce risque devient majeur en cas de score 7-10.
QROC 3	• A 48 heures.	1	• Il permettra de faire le diagnostic de gravité : - Inflammation de la glande. - Nécrose.
QROC 4	• Disparition des douleurs. • Disparition des vomissements. • Reprise du transit.	1 1 1	• Dans le cadre d'une PA bénigne, la reprise de l'alimentation est possible dans les 10 jours.
QROC 5	• Fistule pleurale.	2	• C'est l'examen biochimique de la ponction pleurale qui retrouve un taux de lipase élevé.
QROC 6	• CRP (> 150). • Ranson (> 2). • CTSI/ Balthazar modifié (> 3).	1 1 1	• En cas de marqueurs de gravité, il y a plus de risque d'avoir une pancréatite aigüe grave.
QROC 7	• Pic d'hypertransaminasémie / Pic d'ALAT > ASAT.	2	• Ce pic est très précoce et parfois très important (50N)
QROC 8	• En urgence.	1	• Elle recherchera une lithiase vésiculaire, cholédocienne et une dilatation du cholédoque. • Elle permettra aussi de conforter le diagnostic positif en cas de forme atypique.
QROC 9	• Réanimation.	2	• L'hospitalisation en soins intensifs est possible tant que les patients ne présentent pas de défaillance d'organes.
QROC 10	• Pseudokystes.	2	• Ils peuvent-être asymptomatiques, responsable d'une compression, d'une surinfection. • Le diagnostic se fait avec le scanner, et le traitement par drainage radiologique.
QROC 11	• Fonctionnelle /Iléus biliaire.	2	• Il se traduit par un arrêt du transit et la présence de nausées/vomissements. • Il n'y a pas de syndrome jonctionnel à l'ASP.

QROC 12	• Echo-endoscopie. • Cholangiopancréato-IRM.	2 2	• La lithiase sera hyperéchogène à l'écho-endoscopie, avec cône d'ombre postérieur. • A la bili-IRM, la lithiase sera un défaut de contraste dans la voie biliaire principale.
QROC 13	• Défaillance viscérale. • SDRA. • Insuffisance rénale aigue.	1 1 1	• La défaillance viscérale se manifeste par : une défaillance respiratoire, un choc ou une oligo-anurie. Elle est liée au SIRS sévère. • Le SDRA est de mécanisme non clair. • L'insuffisance rénale aigue est dans la plupart des cas fonctionnelle, par hypovolémie relative.
QROC 14	• Cholécystectomie. • Exploration de la VBP.	1 1	• L'exploration de la VBP est réalisée en pré ou per-opératoire. • La cholécystectomie est faite pendant l'hospitalisation.
QROC 15	• Leucocytes. • LDH. • Glycémie. • ASAT.	1 1 1 1	• L'âge > 55 ans est aussi une valeur du score de Ranson.
QROC 16	• Lipasémie.	2	• Elle est supérieure à 3N en cas de pancréatite aigüe.
QROC 17	• Hypertriglycéridémie. • Hypercalcémie.	2 2	• L'hypertriglycéridémie est classiquement > 10mmol/L. • L'hypercalcémie peut-être de toute cause.
QROC 18	• Bulles d'air dans la coulée de nécrose.	2	• Ce signe est peu sensible mais spécifique.
QROC 19	• Hématocrite. • Bicarbonates. • Urée.	1 1 1	• Le poids est aussi monitoré à J0 et J2 et est un marqueur de gravité s'il augmente de 6 kg (séquestration liquidienne).
QROC 20	• Aucun. • Si un examen :	2 0	• Le diagnostic positif repose sur la clinique et la lipasémie > 3N. • Le TDM injecté permet de faire le diagnostic de gravité. • L'échographie abdominale le diagnostic étiologique.
		/50	**Total QROC**

FICHE DE SYNTHESE : POINTS CLES UE POUR MIEUX REPONDRE AUX QUESTIONS ISOLEES ET AUX DOSSIERS CLINIQUES PROGRESSIFS	
Titres	**Eléments à cocher lors des QCM Mots clés des QROC**
ZEROS	• Prévention du delirium tremens. • A jeun et antalgiques. • Recherche et traitement d'une cause biliaire.
Définition	• Pancréatite aigue œdémateuse. • Pancréatite aigüe nécrosante.
Etiologies	• Lithiase de la voie biliaire principale, surtout si calculs de petite taille et nombreux. • Ethylisme chronique. • Causes plus rares = tumeurs pancréatiques, post-CPRE, triglycérides > 10 mmol/L, hypercalcémie, iatrogénie, auto-immune, virale (oreillons, CMV, VHB, écho-virus, idiopathique).
Clinique	• Douleur abdominale épigastrique transfixiante brutale, résistante aux antalgiques. Irradiation dans le dos, inhibition respiratoire. Position antalgique en chien de fusil. • Vomissements, iléus réflexe. • Complications : Défaillances viscérales.
Examens complémentaires	• Biologie : Lipasémie > 3N dans le sang et les sérites. Pic de cytolyse hépatique précoce : ALAT > ASAT : origine lithiasique. • Imagerie : TDM abdomino-pelvien injecté à 48 heures = score CTSI. Echographie abdominale rapidement : origine lithiasique. Echo-endoscopie ou bili-IRM si doute. • Gravité : - Défaillance viscérale au diagnostic liée au SIRS intense. SDRA ou insuffisance rénale aigue - CRP > 150 - Score de Ranson : J0 : Glycémie >11 mmol/L, ASAT > 6N, LDH > 1.5N, leucocytes > 16G/L, âge > 55. 48h : Bicars > 4, PaO2 < 60 mmHg, Urée +1.8, calcémie < 2 mmol/L, Ht – 10points et + 6 kg. - Imagerie : CTSI (Balthazar modifié) à 48 heures, /10 points. Inflammation : pancréas normal 0, augmentation de la taille du pancréas 1, infiltration de la graisse péri-pancréatique 2, une collection liquidienne 3, au moins deux collections liquidiennes 4. Nécrose= absente 0, < 30% 2, 30-50% 4 et > 50% 6.

Traitement	• Pancréatite aigüe bénigne : Hospitalisation en médecine A jeun strict et perfusion hydro-électrolytique. Sonde naso-gastrique si vomissements incoercibles. Antalgiques de niveau adapté à la douleur. Reprise de l'alimentation après disparition des douleurs et reprise du transit. • Pancréatite aigüe grave : CRP > 150, Ranson > 2 ou CTSI >3. Hospitalisation en soins intensif ou réanimation. A jeun strict +/- sonde naso-gastrique si vomissements. Nutrition entérale / parentérale. Antalgiques adaptés. VVC pour remplissage. IPP si défaillance d'organe. Surveillance clinique, biologique et TDM /10-15 jours. • Traitement étiologique : - Recherche des complications de l'éthylisme +/- tabagisme. - Pancréatite aigüe biliaire : CPRE et cholécystectomie pendant l'hospitalisation si PA œdémateuse.
Complications	• Nécrose / Pancréatite aigüe grave. • Infectieuses. Surinfection des coulées de nécrose : translocation digestive. Germes anaérobies si bulles d'air : ponction guidée par le scanner. Surinfection de pseudokyste (à partir de 1- 4 semaines). • Digestives : Ulcère de stress, colite ischémique de choc, fistules et perforations digestives. • Hématologiques : CIVD, hémorragie intra-péritonéale ou intra-kystique. • Syndrome confusionnel. • Panniculite. • Tardives : Pseudokystes = surinfection, rupture, hémorragie, compression des organes de voisinage.